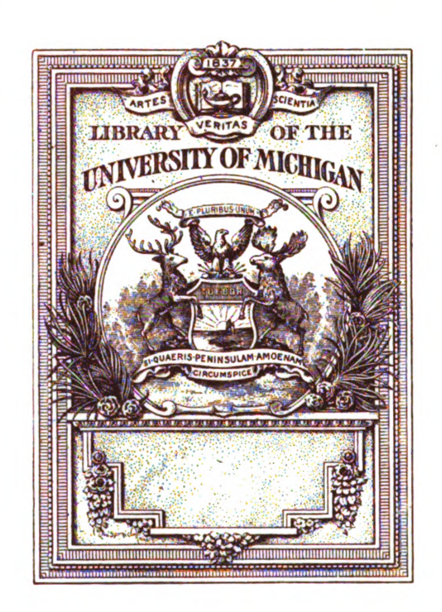





1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



St. Petersburger

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Dr. Carl Dehio,
Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals.
Riga.

Dr. Theodor von Schröder,
St. Petersburg.

—⟡⟡⟡—

XV. Jahrgang.
(Neue Folge VII. Jahrgang.)



St. Petersburg 1890.



Inhalts-Verzeichniss.

(Die mit einem * bezeichneten Zahlen beziehen sich auf Original-Arbeiten.)

Sach-Register.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

Z.



Namen-Register.

Дозв. ценз. Спб. 22 Января 1891 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.

XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Ed. v. Wahl, Dorpat. — Dr. Th. v. Schröder, St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 1 St. Petersburg, 6. (18.) Januar 1890

Ueber den heutigen Stand der Scoliosentherapie.

Von

Dr. med. J. Brennsohn

in Mitau (Kurland).

Die Therapie der Scoliose gehört zu den schwierigsten Aufgaben des Arztes. Die Kenntniss dieses schleichend sich entwickelnden und das schöne Ebenmaass des Körpers vernichtenden Leidens, sowie die Mittel gegen dasselbe waren im Alterthum sehr gering. In den Werken des Hippokrates[1]) und seiner Nachfolger finden sich nur allgemeine Angaben über die Behandlung dieser Krankheit; auch unter Celsus und Galen ist die Lehre von der Scoliose nicht gefördert worden. Bei den späteren Schriftstellern geht das Interesse für die Scoliose ganz verloren, so dass viele Jahrhunderte hindurch nicht einmal deren Name in der medicinischen Literatur Erwähnung findet.

Erst Ambroise Paré giebt um 1575 eine ziemlich ausführliche Beschreibung der seitlichen Verkrümmungen der Wirbelsäule, wenngleich er sie noch unter den Verrenkungen abhandelt. Seit dem für die Orthopädie grundlegenden Werke von Glisson «de rhachitide» um 1660, seit der Einführung der verticalen Suspension durch ihn und der Verbesserung derselben vermittelst des Kinnhinterhauptsgürtels durch Nuck wurde das Interesse für die Scoliose wieder geweckt und die Therapie derselben in der Folgezeit auf der von Glisson gegebenen Grundlage unter Anwendung von Suspension, portativen extendirenden Apparaten, Lagerungsvorrichtungen und Gymnastik weiter ausgebildet. Doch entsprachen die Erfolge der geübten Behandlungsmethoden in so geringem Maasse den angewandten grossen Mühen und den vielen gegen das Leiden in's Feld geführten Mitteln, dass namhafte Orthopäden an der Heilung der Scoliose vollständig verzweifelten. So veröffentlichte Maisonnabe[2]) 1837 ein Mémoire, in welchem er, entmuthigt durch die Erfolglosigkeit seiner Behandlung, förmlich die Unheilbarkeit der Scoliose proclamirte. Es war daher kein Wunder, dass die Behandlung dieses Leidens ein Tummelplatz für die Bandagisten und Curpfuscher aller Art wurde. Erst in den letzten Jahrzehnten ist darin eine Aenderung zum Bessern eingetreten, seitdem eine Reihe namhafter Aerzte, unter denen besonders Volkmann, Barwell, Schildbach, Eulenburg, Sayre, Busch, Lorenz, Fischer u. v. A. zu nennen sind, sich wiederum mit erneutem Eifer der Erforschung der Aetiologie der Scoliose und der Behandlung derselben zugewandt haben.

Den Standpunct vertretend, dass es sich bei der habituellen Scoliose um eine Belastungsdeformität handelt, die ihre letzte Ursache in einer Schwäche der Muskulatur findet, hat man die Prophylaxe, die bereits im frühen Kindesalter zu beginnen hat, zu einer Zeit zu verschärfen, wo der Wirbelsäule durch Belastung die meisten Gefahren drohen. Es ist das die Zeit des Schulbesuches. Die Schulstunden sind daher auf's nothwendigste Maass zu beschränken; die Haltung der Kinder, besonders während des Schreibens, muss von den mit der Hygiene des Sitzens vertrauten Lehrern genau überwacht werden; schwächliche Kinder erhalten China- und Eisenpräparate; die Muskeln sind durch kalte Abreibungen, Gymnastik und Massage zu kräftigen. Besondere Aufmerksamkeit wird den Schulbänken zuge-

wandt. Ueber die für eine richtige Schulbank geltenden Principien hat man sich im Wesentlichen geeinigt. Der Sitz sei gerade, entspreche in seiner Breite der Länge der Oberschenkel, die Füsse ruhen bequem auf dem Boden auf; die Lehne, leicht rückwärts geneigt, reiche bis zur Mitte der Schulterblätter und biete dem Rücken so viel Stützpuncte als möglich dar; die leicht schräge Tischplatte ermögliche durch ihre Verschiebbarkeit die zum Schreiben erforderliche Minusdistanz und gewähre in den Schreibpausen genügenden Raum zum zwanglosen Sitzen.

Nicht einverstanden kann ich mich mit den Sitzvorrichtungen erklären, bei denen, wie bei der Schenk'schen Bank[3]) mit nach hinten abfallender Sitzfläche, die Kinder zum angelehnten Sitzen gezwungen sind. Jede erzwungene Sitzhaltung, auch die bequemste, wird mit der Zeit zur Qual. Die Kinder suchen sich aus derselben zu befreien und gerathen erst recht in eine scoliotische Haltung hinein. Dagegen möchte ich dringend die Anwendung von Armlehnen empfehlen, die, wie Jeder an sich selbst erfahren kann, zur Erleichterung des Sitzens und zur Entlastung der Wirbelsäule bedeutend beitragen.

Was nun die Behandlung der entwickelten Scoliose anlangt, so finden wir, wenn wir die Specialwerke und die Journäle durchgehen, fast von jedem Autor eine andere Behandlungsmethode angegeben, mit der er Erfolge erzielt haben will. Sehen wir aber genauer zu, so erkennen wir, dass, so verschieden die Methoden auch anfangs erscheinen mögen, ihnen jedoch meist die gleichen Principien zu Grunde liegen. — Hauptzweck der Behandlung ist ja Herbeiführen einer möglichst guten Stellungsänderung im corrigirenden Sinne in so häufiger Wiederholung dieser Stellung, dass sie schliesslich zu einer dauernden wird. Die wichtigsten Momente der Stellungsänderung sind die Retroflexion, Extension und Rippenhebelung.

Sehen wir nun zu, wie die modernen Orthopäden diese Aufgabe zu lösen versucht haben.

In den ersten Jahrzehnten dieses Jahrhunderts wurde die Behandlung der Scoliose besonders in Frankreich gepflegt, wo damals die Orthopädie im Vordergrunde des chirurgischen Interesses stand. Es existirten dort grossartige orthopädische Institute, wie das von Delpech in Montpellier und Guèrin[4]) in der Nähe von Paris, welche sich eines hohen Rufes erfreuten und von welchen besonders das letztere von Dieffenbach wegen seiner luxuriösen Einrichtung bewundert wurde. Mittel der Behandlung waren auch dort, abgesehen von der übelberüchtigten Myotomie rhachidienne des Guèrin, Gymnastik und die Anwendung der Extension in den verschiedensten Modificationen. Gleiche Principien waren für die damals in Deutschland berühmten Institute, wie in denen von Heine und in späterer Zeit Bühring geltend. Ziemlich zu gleicher Zeit wirkten Eulenburg in Berlin und Schildbach in Leipzig. Eulenburg[5]) verfocht mit grosser Leidenschaftlichkeit die Theorie von der primären Relaxation der an der Convexität der Krümmung gelegenen Muskeln und war seine Gymnastik dementsprechend auf einseitige Kräftigung der convexseitigen Rückenmusculatur nach dem System der von Ling eingeführten Widerstandsbewegungen gerichtet.

Schildbach[6]), der vor Kurzem verstorbene scharf beobachtende Forscher auf dem Gebiete der Scoliose, steht schon ganz auf dem Boden der modernen Belastungstheorie. Er wandte vornehmlich dreierlei an: *Manipulationen, Maschinen* und *Gymnastik*. Zu den ersteren gehört das *Richten* — d. h. man erzieht den Patienten zum Selbstrichten dadurch, dass man ihm in häufiger Wiederholung, oft lange Zeit hindurch, die richtige oder eine möglichst gute Stellung giebt und ihn sie dann eine Zeitlang festhalten lässt. Durch das *Drücken* sollen die zur Seite gerückten und gedrehten Wirbel momentan in ihre normale Lage zurückgeführt oder derselben genähert werden; als Angriffspunct dazu dienen die Rippen. Das Drücken wird im Reitsitz und den verschiedenen Arten des Hanges geübt.

Von den *Maschinen* wählte er solche, bei denen ebenfalls die oben erwähnten Principien zur Geltung gelangten; so die Keil'sche Rückenschwinge, bei welcher die Wirkung des Hanges, vergrössert durch das Schwingen, und die des Druckes auf die hervorragenden Theile des Rückens combinirt sind; die Kunde'sche Gehmaschine, bei der die Wirkung der Extension während des Gehens zur Geltung kommt; ferner die schiefe Ebene, das Streckbrett; von den portativen Apparaten bevorzugte er die von ihm verbesserte Nyrop'sche Maschine.

Der *Gymnastik*, die er auf Grundlage der Schreber-schen Principien mit Verwerthung der statischen Gesetze zu einem hohen Grade der Vollkommenheit entwickelte, bediente er sich, um diejenigen Muskeln, welche bei Herstellung der normalen Form und Haltung mitzuwirken haben, in den Stand zu setzen, diese ihre Function auszuführen.

Schildbach hat mit seiner Methode Schule gemacht und eine nicht geringe Anzahl von Orthopäden, auch einzelne hier zu Lande, üben mit Vortheil die von ihm geistvoll ausgebildete Scoliosenbehandlung.

Die anderen Orthopäden sind meist dieselben Wege wie Schildbach gegangen, einzelne jedoch haben sich in der Intensität der redressirenden und die Wirbelsäule mobilisirenden Uebungen weit von ihm entfernt.

So construirte Beely[7]) in Berlin einen Apparat zur gewaltsamen Geraderichtung scoliotischer Wirbelsäulen, mit dem sich sehr energische Redressionsübungen ausführen lassen. Dieser Apparat besteht aus einem langen rechteckigen Rahmen, der auf zwei Ständern ruht und um eine horizontale, in der Mitte der beiden Längsseiten befindliche Axe drehbar ist. Auf dem Rahmen befinden sich zwei verschiebbare Pelotten, die in jeder Richtung schräg eingestellt werden können. Am oberen Ende des Rahmens befinden sich mehrere Querstangen. Der Patient ergreift eine dieser Querstangen, den Rücken dem Rahmen zugewandt. Die Pelotten werden so eingestellt, dass die hervortretenden Rückenprominenzen mit ihrer grössten Convexität darauf zu liegen kommen. Der obere Theil des Rahmens wird nun nach hinten gesenkt, die hervortretenden Theile des Rückens werden in Folge dessen einer sagittal verlaufenden Druckwirkung ausgesetzt, die dem Gewicht des frei hängenden Körpers entspricht.

Lorenz[8]) in Wien, welcher in genialer Weise seine Scoliosenbehandlung, die vornehmlich Redressionsgymnastik ist, ausgebildet hat, benutzt zur Mobilisirung der Wirbelsäule den Wolm der schwedischen Heilgymnasten behufs Anwendung der sogen. seitlichen Suspension. Der Patient legt sich mit der Seite, die der Convexität der Krümmung entspricht, auf die Unterlage, führt dadurch eine gewaltsame Umkrümmung herbei, welche noch durch die aufgelegte drückende Hand des Arztes vermehrt wird.

In jüngster Zeit hat Fischer[9]) in Strassburg eine neue Methode passiver Umkrümmung angegeben, welche darin besteht, dass die horizontal gestellte Wirbelsäule mit an Schlingen befestigten Gewichten bis zu 80 Kilogramm und mehr belastet wird, welche eine gewaltsame Detorsion der scoliotischen Wirbelsäule bezwecken. Fischer behauptet, gute Erfolge mit seiner oft sehr schmerzhaften Methode erzielt und nachtheilige Folgen auf innere Organe nicht beobachtet zu haben.

Beely[10]) in Berlin hat nun einen sogen. Scoliosebarren construirt, um die Fischer'sche Behandlungsmethode für den Arzt und den Patienten zu erleichtern.

Bei primärer Lendenkrümmung und noch mobiler Wirbelsäule wird mit gutem Erfolge die sogen. *antistatische* Behandlung angewandt. Dieselbe besteht hauptsächlich im Gebrauch des schiefen Sitzes nach Volkmann, Barwell und einer erhöhten Sohle für den der convexen Seite der Krümmung entsprechenden Fuss. Um die gute Wirkung des schiefen Sitzes dauernd und überall zur Geltung

zu bringen, lässt man ein mehr als handbreitgrosses, bis zu $2^1/_2$ Ctm. hart gepolstertes Kissen durch 2 senkrechte Bänder nach oben an einem Gürtel und durch zwei horizontal verlaufende Bänder um den Oberschenkel derart befestigen, dass es beim Sitzen unter derjenigen Gesässhälfte liegt, die der Convexität der Lendenkrümmung entspricht.

Neuerdings wird die Scoliose vielfach mit Massage behandelt. Landerer[11]) in Leipzig giebt genaue Vorschriften darüber. Besonders bei kleinen Kindern, die nur geringes Verständniss den gymnastischen Uebungen entgegenbringen, wird man die Massage nicht entbehren können und ist sie hier neben Stützapparaten meist das alleinige und wie meine Erfahrungen mich lehren, auch sehr erfolgreiche Mittel der Behandlung. Die Massage besteht hier wesentlich in Tapotement und Pétrissage der Muskulatur zu beiden Seiten der Wirbelsäule und der Schulterblätter und kräftiger Druckeffleurage, besonders der Rippenprominenzen.

Zur Erhaltung der durch die oben angeführten Behandlungsmethoden erzielten Resultate und als Ergänzung der gymnastisch-redressirenden Cur ist in vorgeschrittenen Fällen von Scoliose die Anwendung von Stützapparaten erforderlich.

Unter diesen gebe ich der von Schildbach verbesserten Nyrop'schen Scoliosenmaschine vor allen anderen den Vorzug. Von den vielen Apparaten, die weniger den Zweck verfolgen, die Wirbelsäule zu stützen, als vielmehr redressirend zu wirken, ist die von Kölliker in Leipzig verbesserte Barwell'sche Scoliosenbandage zu erwähnen, da mit dem passiven Redressement auch zugleich die Absicht in's Auge gefasst wird, dass die Kinder ihre Brustkrümmung activ corrigiren.

Für sehr schwere Scoliosen ist in allerjüngster Zeit von Wolfermann[12]) in Strassburg ein aus zwei Theilen, einem Becken- und Thoraxstück, bestehendes Corset angegeben. Die beiden Theile sind derartig mit einander verbunden, dass das Thoraxstück gegen das Beckenstück sowohl um die Längsaxe der Wirbelsäule, wie um die sagittale Axe gedreht, und in der Höhenrichtung, wie in frontaler nach rechts und links verschoben werden kann. Die Wirkung ist demnach die einer kräftigen Detorsion. Lücke spricht sich sehr lobend über diesen Apparat aus und behauptet in kurzer Zeit überraschende Erfolge mit ihm erzielt zu haben.

Im Allgemeinen ist man jedoch heutzutage bei Construction von Stützapparaten zu einfacheren Principien gelangt. Man hat eingesehen, dass durch Druckpelotten die Rippenkrümmungen nicht dauernd geändert werden können und man verfertigt heute Mieder, die vornehmlich den Zweck verfolgen, die Wirbelsäule zu stützen. Dieses Ziel erreichen sie um so eher, je besser sie dem Rumpfe und der Beckenperipherie anliegen. Muster derartiger Corsets sind die von Beely in Berlin angefertigten.

Für den Orthopäden, dem eine grosse mechanische Werkstatt nicht zu eigener Verfügung steht, ist das in der Suspension angelegte Sayre'sche abnehmbare *Gypsmieder* garnicht zu entbehren. Die guten Erfolge, die der geniale amerikanische Orthopäde[13]) mit denselben und gleichzeitiger Gymnastik erzielt hat, haben frühzeitig die Aufmerksamkeit der Aerzte auf dasselbe gelenkt und heutigen Tages werden wohl in der grössten Zahl der Universitätskliniken derartige Gypsmieder angefertigt. Unabnehmbare Gypspanzer dagegen sind bei der Behandlung der Scoliose durchaus zu verwerfen, weil doch das wichtigste Mittel der Kräftigung der Rückenmuskulatur und der Mobilisirung der Wirbelsäule — die Gymnastik — nicht angewandt werden kann, von den übrigen Unzuträglichkeiten, der mangelnden Reinigung etc. ganz zu schweigen; die Erfahrungen Dollinger's[14]) in Pest an derartig behandelten Scoliotischen bestätigen durchaus die üblen Folgen der Panzerung. Die Muskulatur des Rumpfes atrophirt, die Wirbelsäule fällt nach Abnahme des Panzers erst recht zusammen und als Folgezustand dessen ist eine raschere Zunahme der Scoliose zu bemerken.

Unter den verschiedenen Ersatzmitteln für das Gypsmieder ist das *Filzcorset* zu erwähnen, welches vielfach angewandt wird und ebenfalls seine Lobredner hat. Wie jedoch die Erfahrung lehrt, bewährt sich das Filzmieder nicht gut; ganz abgesehen von dem hohen Preise, welcher nur den sehr Bemittelten die Anschaffung eines derartigen Corsets gestattet, wirkt der imprägnirte Filz vermöge seiner Undurchlässigkeit ungünstig auf die Perspiration der Haut und wird durch die Körperwärme wieder weich. In Folge dessen nimmt das Filzmieder, statt die Wirbelsäule zu stützen, sehr bald die Form des scoliotischen Rumpfes an.

Das Gypsmieder hat von vielen Seiten Anfeindungen erfahren, jedoch mit Unrecht. Freilich erfordert die Anlegung desselben viel Geschick und Uebung; der Gyps, von bester Qualität, muss in den Binden gleichmässig vertheilt sein, die Anlegung muss faltenlos geschehen und es sind eine ganze Reihe von Vorbedingungen zu erfüllen, um ein vorwurfsfreies Mieder zu erhalten. Dafür gestattet es vermöge seiner Porosität die Perspiration der Haut, erweicht nicht und behält in Folge dessen seine ursprüngliche Form bei; wenn es jedoch für längere Zeit haltbar sein soll, so muss es eine gewisse Dicke und Schwere haben, wodurch das Tragen desselben, namentlich in der wärmeren Jahreszeit, dem Patienten sehr lästig werden kann.

Um nun diese Nachtheile der Gypsmieder zu vermeiden, hat Waltuch[15]) aus Odessa aus zusammengeleimten Holzstreifen Mieder verfertigt, die als durchaus gelungen bezeichnet werden können. Bei meiner diesjährigen Anwesenheit in Wien lernte ich dieselben in der Docenten Lorenz unterstellten orthopädischen Ambulanz der Albert-schen chirurgischen Klinik kennen, nachdem mir bereits früher auf schriftlichem Wege auf meine Anfrage durch Waltuch freundliche Mittheilung über dieselben gemacht worden war. Da die Holzmieder noch wenig gekannt sind, so erlaube ich mir auf die Technik derselben einzugehen. Zuerst wird in der Sayre'schen Schwebe ein starkes Gypscorset angelegt, dasselbe vorn aufgeschnitten und entfernt. Nachdem es erhärtet ist, wird es innen mit in Gypsbrei getauchter Heede ausgepflastert und erhält man so einen getreuen Abguss des missgebildeten Körpers. Auf diesem Modell wird nun das Holzmieder gearbeitet. Was das Material anbetrifft, so werden Fichtenholzbinden von 5 Ctm. Breite und $^1/_2$ Mm. Dicke verwendet, die mit einem mehrschneidigen Messerchen ausgefranzt werden, damit sich die Enden besser anlegen. Als Bindemittel benutzt man den besten Kölnerleim, dem man durch Zusatz von etwas Glycerin die Eigenschaft verleiht, nach dem Trocknen elastisch zu bleiben. Das Modell wird mit Tricotstoff bezogen und darauf die Binden geleimt. Zu dem Zwecke theilt man sich das Corset in eine obere und untere Hälfte für die Längslagen der Holzbinden, in eine hintere mediale, zwei vordere — laterale Abschnitte für die Querlagen. Jeder dieser Abschnitte wird für sich mit den Holzbinden geleimt. So kommen übereinander quere, längs und diagonal verlaufende Bogen. Das Mieder enthält 3 Leinwandschichten, eine an der Innen-, eine an der Aussenfläche und eine zwischen den Holzlagen, was seine Festigkeit wesentlich vermehrt. Am Rücken genügen vier, vorne zwei Holzschichten, in die Seiten kommen kreuzweise Verstärkungslagen.

Das Mieder wird mit einem elastischen Gurt umwickelt, nach 4—6 Stunden von der Form abgenommen und im Zimmer getrocknet. Zum Zweck besserer Ventilation wird es gelocht, mit Tricot bezogen und montirt. Man fasst den Rand mit Handschuhleder ein und versieht das Mieder mit Schnürung, Achselzügen, eventuell Perinealriemen u. s. w. Das Durchnähen des Holzes macht gar keine Schwierigkeiten und lassen sich beispielsweise Schienen zur Kopfschwebe oder Armkrücken sehr gut und dauerhaft annieten.

Lorenz in Wien hat weit über 100 derartige Mieder angefertigt, eine grosse Zahl auch Nönchen in Altona

und beide sprechen sich sehr lobend über dieselben aus. Auch ich kann nach meinen eigenen mehrfachen Erfahrungen nur in dieses Lob einstimmen und betrachte ich die Holzcorsets als eine werthvolle und hoffentlich auch dauernde Bereicherung auf dem Gebiete der orthopädischen Mieder. Sie sind mindestens drei Mal so leicht, wie die gewöhnlichen Gypscorsets, übertreffen dieselben an Haltbarkeit und Dauerhaftigkeit und besitzen ein äusserst elegantes Aussehen *).

Bei den vorgeschrittenen Graden der Scoliose wird von vielen Orthopäden die Behandlung auch auf die Zeit der Nachtruhe ausgedehnt. Die Streckbetten und Lagerungsvorrichtungen, die dazu verwandt werden, nehmen grösstentheils das alte berühmte Heine'sche Streckbett (1821) zum Muster. Die Anwendung der Streckbetten ist gegenwärtig immer mehr eingeschränkt worden. Die bekanntesten Lagerungsapparate sind die von Bühring, Schildbach, Staffel; das des letzteren ist aus einer Combination des Heine'schen und Bühring'schen construirt. Der vielgenannte Schildbach'sche Lagerungsapparat besteht aus einer Lagerplatte mit daran angebrachtem Beckengurt und Schulterhaltern; von den Seiten des Lagers gehen parabolisch gekrümmte Federn ab, an denen Pelotten für die hervortretenden Rippenkrümmungen angebracht sind. In neuester Zeit hat Lorenz[16]) in Wien einen Lagerungsapparat construirt, bei dem der Pelottendruck ganz umgangen ist und wo durch die Lagerung des Patienten allein eine wirksame Detorsion der Wirbelsäule erzielt wird. Dies geschieht dadurch, dass der Oberrumpf gegenüber dem in Seitenlage befindlichen Lendensegmente durch Drehung um 90° in volle Rückenlage gebracht wird.

Diese Behandlung mit Lagerungsapparaten muss meiner Ansicht nach auf das geringste Maass beschränkt werden, da den häufig schwächlichen und durch eine Reihe von orthopädischen Maassnahmen bereits während des Tages in Anspruch genommenen Kindern nicht noch auch die Nachtruhe geschmälert werden darf.

Wie wir oben gesehen haben, sind einzelne moderne Orthopäden zu immer gewaltsameren Methoden vorgeschritten, um rasche Erfolge zu erzielen. Ob die gemeldeten guten Resultate auch dauernde sein werden, das muss die Zukunft lehren; noch hat sich freilich Niemand um die Malgaigne-sche Prämie[17]) von 10,000 Francs für die Heilung einer fixirten Scoliose beworben; doch bei der Trostlosigkeit der consolidirten Scoliose und bei der Ohnmacht anderer Mittel dagegen wird man gegebenen Falles die Anwendung energischen Redressements, wie sie von Beely, Lorenz, Fischer geübt wird, nicht scheuen, auch wenn, wie Lorenz sagt, «die Wirbelsäule in ihren Fugen kracht und Athmungsbeschwerden eintreten». Glücklicher Weise bedarf es bei der grossen Mehrzahl der zur Behandlung gelangenden Scoliosen dieser eingreifenden Maassnahmen nicht. — Bei einer rationell geübten zielbewussten Gymnastik, welcher Schule sie auch angehören möge, und der Anwendung von dieselbe ergänzenden Stützapparaten wird man in den meisten Fällen gute Resultate erzielen können. — Wenn ich noch kurz der von mir geübten Methode Erwähnung thue, so kann ich sagen, dass ich mit den Erfolgen derselben innerhalb gewisser durch den Grad des Leidens gesetzter Grenzen, ganz ausserordentlich zufrieden bin. Ich habe im Wesentlichen die Schildbach'sche gymnastische Behandlung adoptirt, der ich einige neue Uebungen und einzelne passende Widerstandsbewegungen hinzugefügt habe. Bei kleinen Kindern wende ich mit Vorliebe die Massage des Rückens an. Bei sehr starren Scoliosen gehe ich mit kräftigen Redressionsübungen vor, zu denen ich am häufigsten den Wolm der schwedischen Heilgymnasten benutze. Bei vorgeschritteneren Fällen wende ich zur Erhaltung der erlangten Resultate Stützapparate an, unter denen ich neuerdings die oben ausführlich beschriebenen Holzmieder bevorzuge. Nach meinen bisherigen Erfahrungen kann man Scoliosen ersten Grades durch Gymnastik allein der Heilung entgegenführen. Ich habe einzelne Patienten seit längerer Zeit in Beobachtung und keine Rückfälle des Leidens bemerken können; bei Scoliosen zweiten Grades mit deutlich hervortretenden Niveaudifferenzen genügt jedoch die Gymnastik allein, wenn sie auch da das wichtigste Mittel der Behandlung bleibt, nicht; zur Erhaltung der durch die gymnastisch-redressirenden Uebungen gewonnenen Resultate bedarf es der Stützmieder, von denen ich die oben erwähnten Holzcorsets besonders empfehlen möchte; und auch in diesen vorgeschrittenen Fällen wird man bei consequenter fortgesetzter Behandlung die Freude haben, Besserung zu erzielen, die Zunahme des Leidens zu verhindern und die armen Patienten vor weiterer Verunstaltung zu schützen. Freilich bedarf es zur Erlangung eines günstigen Resultates auch der freudigen, thätigen Mitwirkung des Patienten selbst, denn Gesundheit kann nicht erkauft, sondern muss erworben werden.

Die Gymnastik ist für die Therapie der seitlichen Wirbelsäulenverkrümmung von so hoher Bedeutung, dass Delpech mit Recht sagen konnte[18]), ohne Gymnastik würde er auf die Orthopädie Verzicht leisten. Ebenso stellt Sayre[19]) die gymnastischen Uebungen bei der Behandlung der Scoliose in die erste Reihe und der gleichen Meinung sind die meisten Orthopäden der Neuzeit.

*) Ein von mir derartig (nach Waltuch) verfertigtes Holzmieder war Herr Dr. Truhart (Fellin) so freundlich, da ich am Kommen verhindert war, an meiner Statt auf dem ersten livländischen Aerztetag in Wolmar — October 1889 — den versammelten Collegen vorzulegen. Dasselbe fand, wie Truhart mir mitzutheilen die Güte hatte, allseitige freundliche Anerkennung. Es war für ein ca. 4-jähriges Kind gearbeitet und wog nicht volle ³/₄ russische Pfund = 300 Gramm.

Literatur.

1) Ernst Fischer: Geschichte u. Behandlung d. seitlichen Rückgratsverkrümmungen. Strassburg 1885. Ein Theil auch der ff. histor. Daten sind diesem Werke entnommen.
2) Ibid. und A. Lorenz: Pathologie und Therapie der seitl. Rückgratsverkrümmungen. Wien 1886, pag. 156.
3) Centralblatt f. orthop. Chirurgie 1887, № 12.
4) Busch: Allgem. Orthopädie, Gymnastik u. Massage. Leipzig 1882, pag. 171 und 172.
5) M. Eulenburg: Die seitl. Rückgratsverkrümmungen. Berlin 1876.
6) C. H. Schildbach: Die Scoliose. Leipzig 1872, p. 60 u. ff.
7) Centralbl. f. orthop. Chirurgie 1886, № 10.
8) A. Lorenz: Pathol. u. Therap. d. seitl. Rückgratsverkr. pag. 175 u. ff. und „Ueber Rückgratsverkrümmungen". Wien u. Leipzig 1889, pag. 52.
9) Berl. klin. Wochenschr. 1888, № 39 u. 40.
10) Centralbl. f. orthop. Chirurgie, Juli 1889.
11) A. Landerer: Vorschriften für die Behandl. der Rückgratsverkrümmungen mit Massage. Leipzig 1889.
12) Centralbl. f. orthop. Chirurgie, Februar 1889 und Centralbl. f. Chirurgie 1888, № 42, pag. 761.
13) L. A. Sayre: Vorlesungen über orthop. Chirurgie u. Gelenkkrankheiten. Wiesbaden 1886, pag. 344 u. ff.
14) Centralbl. f. orthop. Chirurgie 1887, № 4, p. 47 und Wiener medic. Wochenschr. 1886, № 39.
15) Ibid. 1889, № 1 und Winer klin. Wochenschr. 1888, № 10.
16) Ibid. 1887, № 8.
17) Ibid. 1889, № 7 — Drachmann: Moderne Orthopädie.
18) Busch: Allgem. Orth. etc., pag. 161.
10) Sayre: Vorlesungen etc., pag. 346.

Dr. M. Treymann's Vortrag: «Zur Anwendung der Breus'schen Zange».

Besprochen von
Prof. Dr. E. Bidder (St. Petersburg).

Genannter Vortrag ist auf dem ersten livländischen Aerztetage in der ausgesprochenen Absicht gehalten worden, den Aerzten überhaupt, und besonders den auf dem Lande prakticirenden, ein Mittel zu empfehlen, durch welches sie leichter und sicherer als bisher in gewissen schweren, ja „allerschwersten" Geburtsfällen Hilfe bringen können, eine Hilfe, die Mutter und Kind rettet, welche sonst verloren wären. College Treymann wünscht seinem Mittel natürlich die grösstmögliche Verbreitung. Da ich nun ebenfalls „manche Mutter und manches Kind retten" möchte, halte ich es für meine Pflicht, meine abweichende Ansicht zu verlautbaren, leider nicht vor derselben Versammlung, vor der er



gesprochen, sondern nur in demselben geehrten Organe, in welchem sein Vortrag veröffentlicht wurde, und das auch ich nun um Gewährung des Gastrechtes bitte.

Schon im Jahre 1884 habe ich mich in Bezug auf die Axenzugzangen folgendermaassen ausgesprochen[1]): „Alle letzteren haben ein Gemeinsames: Der Geburtshelfer wird mit seinem Thun auf die Application der Kraft reducirt, während der Kopf des Kindes mehr oder weniger selbst seinen Weg finden soll; und doch ist es oft nicht nur das Minus an austreibender Kraft, sondern anormale Drehungsverhältnisse des Kopfes, die die Anwendung instrumentaler Hilfe erfordern. Warum soll denn nun die weise Natur plötzlich gut machen, was sie bisher schlecht gemacht hatte? Die mechanischen Verhältnisse sind abnorm und wir haben sie zu corrigiren; je mehr wir das dazu dienende Instrument in unserer Gewalt haben, desto zweckmässiger ist es, denn desto sicherer können wir mit demselben vorgehen; nur so können wir zeigen, qua ratione caput foetus ope forcipis, tanquam manibus arte factis, extrahatur (Smellie: Tabulae anatomicae, tab. XVI)."

Ich bekenne, seither in meinen Anschauungen nicht fortgeschritten zu sein nach der Seite der Axenzugzangen; und die bald, nachdem ich Obiges geschrieben hatte, bekannt gewordene Breus'sche Zange war auch nicht im Stande mir eine solche Direction zu geben. Ich habe diese Zange, vielleicht als der Erste in Russland, mir direct vom Erfinder verschrieben, nicht weil sie mir, wie Treymann sagt, als die „einfachste und passendste" erschien, welcher Ausdruck doch etwas sehr allgemein ist, sondern weil ich nach der Beschreibung glaubte, in ihr die theoretischen Vortheile des „Axenzuges" vereinigt zu finden mit der unersetzlichen Eigenschaft der „classischen" Zange, die es gestattet, mit derselben den Kopf beliebig zu leiten nach unserem Willen und nach unserer Einsicht in den nothwendigen Mechanismus des gegebenen Geburtsfalles.

In dieser Voraussetzung wurde ich bitter getäuscht, als ich die Breus'sche Zange in Gebrauch nahm. Die Beweglichkeit der Zangenlöffel verdirbt Alles, jegliche rationelle Bewegung wird unmöglich, weil das Tastgefühl paralysirt ist und der Operateur sieht sich im Wesentlichen verdammt zu der Rolle des Vorspannes im Zangenapparat von Joulin.

Was ist es denn überhaupt, was zu den wiederholten Versuchen Axenzugzangen zu construiren Veranlassung gab? Es ist die verzweifelte Lage, in der der Arzt sich in der That bei Geburten befinden kann, und der Treymann sehr drastischen Ausdruck giebt in der Erzählung von seiner 40-jährigen Primipara. Unter solchen Verhältnissen wünschen wir allerdings ein Mittel, cito tuto et jucunde die Geburt zu beenden. Ein solches giebt es aber nicht, weil ein derartiger Geburtsverlauf nur bei engem Becken möglich ist, was der Verf. in seiner Geburtsgeschichte freilich nicht erwähnt. Hier haben wir uns in der That zu entscheiden zwischen Perforation des lebenden Kindes und der hohen Zange, um beide in Frage stehende Leben *vielleicht* zu retten. Hier aber wird nun auch jeder erfahrene Geburtshelfer, im strictesten Gegensatze zu Treymann, bekennen, dass der Entschluss zur Perforation unendlich viel leichter ist, denn die letztere Operation ist *keine «schwere und gefährliche»*, sondern eine, wenn die Geburt bis dahin richtig geleitet worden ist, für die Mutter *ganz ungefährliche*[2]) und ihr steht *nur* das allerdings sehr gewichtige Bedenken entgegen, dass das Kind dabei geopfert wird. Darum ist es aber *Schulregel* derselben von Treymann desavouirten klinischen Lehrer, bei lebenden Kindern zunächst einen Versuch mit der Zange zu machen; dieser Versuch ist oft genug von Erfolg gekrönt, auch mit der alten „classischen Zange" und die bereits zurecht gelegten Perforationsinstrumente bleiben unbenutzt.

Auf solche Fälle bezieht sich auch der von Treymann citirte Ausspruch von Zweifel: „Jeder, der eine atypische Zangenoperation unternimmt, muss darüber klar sein, dass er consequenter Weise beim Missglücken sofort die Perforation anschliessen muss." Das versteht sich eben von selbst, aber ebenso, dass bei lebendem Kinde der Perforation die Zangenapplication vorhergehen muss. Wenn es also eine Reihe von Fällen giebt, in denen der hochstehende Kopf extrahirt werden soll, — eine schwierige, mühevolle, nicht ungefährliche Operation, — leisten die Axenzangen hier mehr als die anderen? Das ist, glaube ich, die Frage, um die es sich handelt. Theoretisch scheint sie mit: ja! zu beantworten zu sein.

Die Axenzugzange soll ja in der Axe des Beckens ziehen, also geht weniger Kraft durch den Druck auf die vordere Beckenwand verloren, und letztere ist auch wegen Verminderung eben dieses Druckes weniger gefährdet. Reid, der den Kraftverlust, folglich auch den Druck auf die Symphyse und die sie bedeckenden Weichtheile, festgestellt und berechnet hat, beweist freilich durch seine Zahlen, dass bei nicht ganz unvernünftigem Operiren Beides sich in minimalen Grenzen hält, denn der Kraftverlust verringert sich in gleichem Maasse, wie der Winkel zwischen Beckenund Zugaxe, und dieser kann auch bei der classischen Zange auf ein Minimum reducirt werden. Zudem ziehen wir ja nicht einfach in der Richtung der Handgriffe der Zange, sondern üben beim Zuge einen Druck von oben nach unten auf das Schloss der Zange aus, — die Resultante ist eine Zugrichtung, die von der Beckenaxe kaum abweicht. Auch theoretisch ist also der durch die Axenzugzange zu erreichende Vortheil jedenfalls nicht erheblich.

Weiter erlaube ich mir zu fragen: Was wissen wir von der Vorbewegung des Kopfes durch die Breus'sche Zange? Die „tiges de direction" geben die Richtung an, in welcher die Löffel am Kopfe liegen, die Griffe — die Richtung des Zuges nach abwärts. Was der Kopf aber innerhalb der Blätter für Drehungen macht, wissen wir nicht; die bewegliche Verbindung zwischen Blatt und Griff zwingt uns von vorne herein dazu, dass wir darauf renonciren, diesen Bewegungen bewusst zu folgen. Darum kann es sehr wohl sein, dass bei den Tractionen der Kopf einmal stärker gegen die vordere, ein anderes Mal gegen die hintere Beckenwand drückt, ein drittes Mal wird er vielleicht genau in der Beckenaxe vorwärts gezogen. Letzteres, das durch die Axenzugzange erstrebte Ziel, kann unglaublich unpraktisch sein, wenn z. B. bei starker Naegele'scher Neigung das an dem Promontorium sich anstemmende hintere Scheitelbein in's Becken gehebelt werden muss, wie der Mechanismus gewisser Formen des engen Beckens es eben verlangt. In anderen Fällen muss, je nach Umständen, das Vorderhaupt oder das Hinterhaupt stärker angezogen werden, um das Hinderniss zu überwinden; endlich ist es, nicht nur bei den hinteren, sondern auch bei queren Stellungen des Kopfes bei Schädellagen nicht selten am leichtesten und dem natürlichen Geburtsmechanismus entsprechendsten, wenn das Hinterhaupt absichtlich nach vorne gedreht wird. Alle diese, an eine rationelle Geburtsleitung zu stellenden Forderungen können von der classischen Zange erfüllt werden, die Breus'sche Zange steht ihnen machtlos gegenüber. Aus allen vorstehenden theoretischen und praktischen Gründen kann ich nicht umhin den Ausspruch zu unterschreiben, den Fritsch (weder ein Berliner, noch ein Wiener Lehrer) in der letzten Auflage seiner Klinik 1888 über die Axenzugzangen gethan hat: „Ich glaube nicht zu viel zu sagen, wenn ich behaupte, dass von diesen Zangen binnen wenigen Jahren Niemand mehr spricht". Aehnlich urtheilen Zweifel in Leipzig (Lehrbuch 1889, pag. 655): „dass es sich mehr und mehr als unnöthig herausgestellt hat, Aenderungen am gewöhnlichen Format der Zangen zu machen" und Fehling in Basel (Müller's Handbuch, III. Band 1889).

College Treymann wird mir nun seine, allerdings mit glänzendem Erfolge behandelten 29 schweren Fälle entgegen halten, in denen er nur 1 Mutter und 4 Kinder verlor. Die Statistik ist eine schöne Sache, aber wenn überhaupt in aller Statistik der Grundsatz gelten muss: erst wägen, dann zählen, so besonders in dieser Art medicinischer Statistik. Wir sind also gezwungen uns sein Material etwas näher anzusehen.

Treymann beginnt seinen Vortrag mit den Worten: „Jedem erfahrenen Arzte ist der Unterschied zwischen den typischen und atypischen Zangenoperationen geläufig."

Ich bekenne, dass ich diese Frage für eine offene halte, je nach persönlicher Denkweise des Beobachters, und weiss darum nicht genau, was der Verfasser meint. Setzen wir voraus, dass die „typische" Zangenoperation gleichbedeutend ist mit der „Ausgangszange", bei der der Kopf „zangengerecht" steht, und nur über den Damm herübergehebelt zu werden braucht. In diesem Falle schon sehen wir nicht selten, dass gegen alle unsere Erwartungen die Extraction sich sehr schwierig gestaltet, weil die Stirn sich an der Spitze des Kreuzbeines oder gar am Steissbeine fängt und aussergewöhnliche Kraft nöthig ist, um den Kopf herüberzubringen. Solche Fälle sind jedem Praktiker geläufig. Gehören sie nun in's Gebiet der typischen oder atypischen Operationen?

Und nun gehen wir weiter durch die ganze Reihe der verschiedenen Möglichkeiten, schräger und querer Stand im Beckenausgang, schräger und querer, ja sogar gerader Stand in der Beckenenge, der Beckenweite, endlich der Stand im Beckeneingang. Was ist nun typisch und was nicht?

Die Zangenoperation kann bei jeder dieser Möglichkeiten eine sehr leichte oder sehr schwere sein. Das Wort typisch oder atypisch ist hierbei ganz irrelevant, wir müssen die Bedingungen jedes Falles genau kennen, um ihn als leichten, schweren, oder gar „allerschwersten" zu bezeichnen. Kommt es ja doch vor, dass wir z. B. bei einer Mehrgebärenden, unmittelbar nach dem Blasensprung, etwa bei Nabelschnurvorfall, an den kaum im Beckeneingang stehenden Kopf die Zange anlegen und ihn mit spielender Leichtigkeit in einer Traction zu Tage fördern. Die Bezeichnungen typisch und atypisch decken sich also keineswegs mit leicht und schwer. Treymann sagt aber: „Ich kann Ihnen beweisen, dass es sich in beinahe allen Fällen um die allerschwersten Geburten gehandelt hat, bei denen die Mütter und die Kinder in der höchsten Lebensgefahr schwebten und jedenfalls schwer zu retten waren."

Von diesen allerschwersten Geburten erfahren wir durch den Verfasser:

1) dass unter seinen 29 Fällen 21 Erstgebärende, von diesen 9 zwischen 30—40 Jahren waren;

2) dass die Geburtsdauer 10 Stunden bis 8 Tage betrug;

3) dass der Wasserabfluss $1/2$—96 Stunden vor der Geburt erfolgte;

[1]) Ueber Vorder- und Hinterscheitellagen in E. u. A. Bidder. Gynäkologische Mittheilungen. Festschrift, pag. 50.

[2]) Cfr. Leopold: Der Kaiserschnitt u. s. w., pag. 112.



4) dass unter seinen Geburten 7 Mal Vorderscheitellage und 7 Mal hoher Querstand beobachtet wurde;

5) dass er nur in 2 Fällen enge Becken (Conj. vera = 9 Ctm.) gefunden hat.

Diese Angaben genügen doch wahrlich nicht, um zu *beweisen*, dass beinahe alle diese Geburten zu den allerschwersten gehörten. Glauben wollen wir es dem Verfasser, aber überzeugt hat er uns nicht. Dazu dürften wir genauere Angaben erwarten über die Stellung des Kopfes bei Application der Zange und den Mechanismus des Durchtrittes desselben durch das Becken, denn Dauer der Geburt, Zeit des Wasserabflusses u. s. w. haben mit der Schwierigkeit der Operation nichts zu thun.

Endlich überrascht sehr die Angabe, dass in nur 7 Fällen der Muttermund „ganz gut" erweitert war, in den übrigen *nur* 4 bis 7 Ctm.

Es wäre durchaus nöthig gewesen zu erfahren, was den Verfasser veranlasst hat, aller Tradition zu widersprechen und so überaus häufig bei nicht vollkommen geöffnetem Muttermunde zu operiren.

Im Jahre 1888 sind im St. Petersburger Gebärhause 104 von 3939 Geburten durch die Zange beendigt worden, von den 104 Kreissenden hatten 22 enge Becken. Nur in 5 Fällen ist bei nicht ganz offenem Muttermunde operirt worden:

1) Allg. verengtes, plattes Becken. Geburtsdauer 34 Stunden, Wasserabfluss im Beginn der Geburt. Muttermund 4 Fingerbreit eröffnet, Kopf im Eingang, quer, gr. Font. tief, secundäre Wehenschwäche. Ziemlich schwere Extraction mit der Busch'schen Zange. Knabe von 3600 Grm., asphyktisch, wiederbelebt, gesund entlassen. Mutter hat am 2. Tage Abends 38,6, sonst normal.

2) Muttermund nicht ganz offen, schwache, krampfhafte Wehen, Uterus empf., Muttermundsränder ödematös. Kopf tief, schräg, Busch'sche Zange leicht. Mutter und Kind gesund.

3) Eklampsie, 7 Anfälle. Gleich nach dem Blasensprung, bei Eröffnung des Muttermundes auf 3 Querfinger, Zange an den quer in der Beckenhöhle stehenden Kopf, und zwar in den geraden Durchmesser des Beckens, so dass der Kopf gedreht wird. Nicht schwer, Kind todt. Im Wochenbett Colpitis gangränosa. Geheilt entlassen.

4) Eklampsie; Moribunda; gleich nach dem Wasserabfluss bei 3 Finger breitem Muttermunde der in der Beckenhöhle quer stehende Kopf durch 3 leichte Tractionen zu Tage gefördert. Kind todt, Mutter stirbt gleich nach der Geburt.

5) Allg. verengtes Becken, Wasserabfluss im Beginn der Geburt. Secundäre Wehenschwäche, Geburtsdauer 41 Stunden. Ein eklamptischer Anfall. Kopf im Eingang quer, Muttermund 4 Fingerbreit geöffnet, schwere Zange mit *drehenden Tractionen* (nicht von mir geleitet). Kind todt. Mutter erkrankt an Colp. gangr. und Peritonitis partialis und trägt eine Vesico-Vaginalfistel davon.

Wenn wir bei reichem Material so selten Gelegenheit haben, eine der Grundbedingungen der Zangenoperationen bei Seite setzen zu müssen, so wäre es sehr interessant Treymann's gesammtes Material und seine Stellung zur Frage nach den Anzeigen zur Operation kennen zu lernen. Denn davon hängt im Grossen und Ganzen der Erfolg für die Kinder ab. Von unseren 104 Kindern waren 8 vor Beginn der Operation sicher abgestorben, es bleiben also 96 nach, von denen 13 während oder gleich nach der Geburt starben = 13,5%, was sich mit Treymann's Zahl 13,8% so ziemlich deckt. Nehmen wir aber unsere Beckenausgangszangen — 53 — gesondert, so haben wir unter ihnen 4 vor der Operation todte Kinder, während nur 3 noch ausserdem zu Grunde gingen; 51 „atypische" Zangen dagegen wurden gemacht bei 4 todten Kindern während 10 bei Beginn der Operation wohl noch lebende während derselben oder gleich nachher starben.

Es ist also nicht unbegründet darnach zu fragen, was hat Treymann für Erfolge, abgesehen von den schweren Fällen, die er mit der Breus'schen Zange beendet, wie behandelt er die leichten Fälle?

Was die Morbilität und Mortalität der Mütter betrifft, so halte ich sie für sehr wenig beweisend. Es kommt alles darauf an, ob eine Kreissende noch aseptisch oder bereits inficirt in unsere Hände gelangt, und ob es uns gelingt, sie aseptisch zu erhalten. Im letzteren Falle bleibt sie gesund, sonst erkrankt sie, stirbt auch vielleicht. Giebt es doch vereinzelte Fälle von constatirter Ruptura uteri, denen ein nur durch periuterines Hämatom einigermaassen gestörtes Wochenbett folgte. Ein normales Puerperium spricht also nicht für, eine Wochenbettserkrankung nicht gegen die Vorzüge eines Instrumentes. — Dass also auch die Breus'sche Zange, die ihres complicirten Baues wegen schwer rein zu halten ist, in den Händen eines Mannes, der „eine besondere Zuneigung für die Chirurgie" hegt, für die Wöchnerinnen gute Resultate giebt, kann nicht überraschen. Unverständlich ist mir nur die Angabe geblieben, dass das Wochenbett fieberfrei verlief: „6 Mal in 10 Tagen, 14 Mal in 14, 4 Mal in 20, 2 Mal in 28 Tagen." Haben die Wöchnerinnen so lange gelegen, oder was bedeutet das sonst?

Bedenklicher für die Wirkung der Zange selbst sind folgende Angaben:

1) zeigten von 25 Kindern *7 Facialparalyse*, eine enorm hohe Zahl, die sich nur dadurch erklärt, dass die Breus'sche Zange eben ohne Rücksicht auf die Stellung des Kopfes im Querdurchmesser des Beckens applicirt wird.

2) hat sich unter 7 Fällen von hoher Querstellung 3 Mal der Kopf mit der Zange mit der *grossen Fontanelle nach vorn* gedreht, eine entschieden ungünstige Stellung, die durch richtige Führung einer classischen Zange leicht vermieden werden kann.

Meine Schlussfolgerungen sind aus Vorstehendem leicht zu ziehen. Ich verwerfe die Axenzugzangen, auch die Breus'sche, weil sie ihrer Complicirtheit wegen gefährlich sind, weil sie uns jede rationelle Beeinflussung des Geburtsmechanismus unmöglich machen, weil ihre besseren Leistungen gegenüber der „classischen" Zange nicht bewiesen sind. Treymann's schöne Resultate sind seiner geübten Hand und der aseptischen Geburtsleitung zuzuschreiben, nicht der Breus'schen Zange. Eine weite Verbreitung der letzteren, nebst Treymann's Grundsätzen zur Anwendung derselben, so weit sie sich überschauen lassen, unter der Masse der praktischen Aerzte halte ich für eine grosse Gefahr; irrationelles und voreiliges Operiren würde dadurch befördert und manches Kind und manche Mutter geopfert werden.

Ich schliesse mich also den Warnungen der klinischen Lehrer an, in Bezug auf welche Treymann sagt: „Die Sache gestaltet sich in der Praxis viel schwieriger, als die warnenden klinischen Lehrer und ihre Schüler sich vorstellen." Die Praxis ist den klinischen Lehrern, denke ich, sehr wohl bekannt, in ihren verschiedensten Gestaltungen, die Fortschritte in Theorie und Praxis, deren wir uns rühmen, mit Einschluss sogar der Axenzugzangen, entstammen mit wenigen Ausnahmen klinischer Arbeit. Alle Citate, die Treymann anzieht, auch diejenigen, durch die er seine Anschauungen stützen will, sind Werken klinischer Lehrer entnommen. Was hat es also für einen Zweck, dort einen Gegensatz zu pointiren, wo keiner vorhanden ist, noch vorhanden sein soll. Die klinischen Lehrer warnen nicht vor der Zangenoperation am hochstehenden Kopfe an sich, dieselbe ist oft unvermeidlich, sondern vor leichtsinnigem, voreiligem Entschluss und irrationeller Ausführung derselben.

Für die Praxis, in welcher der Geburtshelfer sich oft genug mit seiner ganzen moralischen Kraft, seiner ganzen Geduld dem Verlangen widersetzen muss, endlich einmal zu helfen, endlich Retter und Erlöser zu sein, sind solche Warnungen ausserordentlich wichtig, und der praktische Arzt soll nie vergessen, dass die Zangenoperation am hochstehenden Kopf unter allen Umständen, auch mit den modernen, angeblich vervollkommneten Instrumenten, ein keineswegs ungefährlicher *Versuch* bleibt, der unter Umständen sehr rasch von der die Mutter nicht weiter gefährdenden Perforation abgelöst werden muss.

Referate.

O. Oppenheimer: Ueber die praktische Bedeutung der Blutuntersuchung mittelst Blutkörperchenzähler und Haemoglobinometer. (D. med. W. № 42—44.)

Mit dem Thoma-Zeiss'schen Apparat zur Blutkörperchenzählung und dem Gowers'schen zur Haemoglobinbestimmung hat Oppenheimer, indem er seine Untersuchungen blos auf das weibliche Geschlecht beschränkte, zuerst Gesunde einer Prüfung unterzogen, und dabei 4 Millionen *Bl. K.* und 90% Haemoglobin als unterste Grenze des Normalen gefunden. Dann hat er folgende Kategorien von Kranken untersucht; 1) *Anaemien* aus verschiedenen Ursachen; dabei fand sich die Zahl der *Bl. K.* vermindert und entsprechend der Gehalt an Haemoglobin ebenfalls vermindert. Eine Ausnahme machen die Anaemien, welche nach starken Blutverlusten in die Reconvalescenz treten, hier nimmt die Zahl der *Bl. K.* schneller zu, als der Haemoglobingehalt. 2) *Chlorosen.* Hier fand sich die Zahl der *Bl. K.* normal, der Gehalt an H. herabgesetzt, in der Mehrzahl der Fälle bis auf etwa die Hälfte.

Verf. hat durch seine Arbeit auch die Frage entscheiden wollen, ob ein blasses Aussehen der Patienten mit Sicherheit auf eine Alteration des Blutes schliessen lasse. In diesen beiden Kategorien ist das der Fall gewesen, doch kommt noch eine Untersuchungsreihe hinzu, wo sich das *nicht* bestätigte. In 56 Fällen, die sich durch blasses Aussehen auszeichneten, — das Colorit glich nicht selten demjenigen von Chlorotischen mit einem Haemoglobingehalt von 50—60%, bewegten sich Hämoglobingehalt und Zahl der *Bl. K.* in den Grenzen des Normalen. Dahin gehört Phthisis pulm., solange sie noch nicht zu vorgeschritten ist, bis inclusive der Phth. confirmata der Liebermeister'schen Eintheilung. Ferner gehören *Herzkranke* dahin, dann zwei Fälle von *Morbus Basedowii*. Bei *Ulcus ventriculi* ist das Blut nicht alterirt, falls nicht gleichzeitig eine Chlorose besteht.

Ferner zeigte eine Reihe von *Magen-* und *Darmkranken*, sowie von in der *Genitalsphäre* Erkrankten, welche alle sich durch bleiches Aussehen auszeichneten, objectiv eine normale Blutbeschaffenheit.

Das bleiche Aussehen erklärt O. durch den Antagonismus, der zwischen den Gefässnerven der Haut und denen des Abdomens besteht. Wenn bei gegebenem peripherem Widerstande das Herz heftig zu schlagen beginnt, dann trete der Depressor cordis in Action, und die Gefässe des Abdomens füllten sich stark,



Einen solchen Vorgang denkt sich O. bei Herzkranken, Phthisikern und bei den Magen- und Darmkranken, er erinnert an die Bradycardie bei denselben, welche doch beweist, dass die Circulation gestört ist.
Max Schmidt.

Leu: Ein Beitrag zur Behandlung der Furunkel. (Deutsche Militärärztl. Z. Heft 7.)

Nachdem Verf. einen kurzen Ueberblick über die verschiedenen Behandlungsarten dieser Plage des Soldatenstandes gegeben hat, berichtet er, dass nach seiner Erfahrung — eine kurze Casuistik ist beigefügt — die Behandlung mit Injection von 2—3 % Carbolsäurelösung in die Basis des Furunkels, wie sie s. Z. von A. Bidder vorgeschlagen worden ist, die besten Resultate giebt. Heilung in 2—4 Tagen. In der Entstehung begriffene, noch nicht in Eiterung übergegangene Furunkel sind für diese Behandlung besonders gut geeignet. Die Heilung erfolgt in diesen Fällen ohne Bindegewebsnekrose, bei den weiter vorgeschrittenen, im Schmelzungsstadium befindlichen, resp. offenen und eiternden Furunkeln ohne störende Narbenbildung.
Grimm.

Klemperer: Ein Fall geheilter Magendilatation. (Deutsche med. Wochenschr. № 9).

In einer kleinen Mittheilung referirt Verf. über einen gewiss ebenso seltenen wie interessanten Fall einer geheilten Magendilatation.

Es handelt sich um den 35-jährigen Patienten G., welcher infolge einer vor 5 Wochen stattgehabten Vergiftung mit concentrirter Salzsäure eine das Leben direct bedrohende schwere Magendilatation acquirirt hatte. Da der Magen nach Aufblähung mit Luft mit dem Fundus 3—4 Finger breit unter den Nabel hinabreichte, 2½ Liter Flüssigkeit fasste, jeglicher Uebertritt der Ingesta in den Darm aufgehört hatte und Verf. bei seiner bekannten Oeleingiessung in den Magen zum Zweck einer Prüfung der motorischen Function desselben nach 2 Stunden alles in den Magen eingebrachte Oel wieder ausheben konnte, so war die Diagnose einer completen Unwegsamkeit des Pylorus gesichert. Wider Erwarten erwies sich aber der Verdauungschemismus, die Salzsäuresecretion, die Peptonisation des Eiweisses so gut wie gar nicht alterirt, nur die Resorption aus dem Magen schien eine recht beträchtliche Herabsetzung erfahren zu haben. Diese Umstände veranlassten Verf. neben einer Pylorusstenose eine, wenn auch nicht völlig intacte, jedenfalls aber eine nicht schwer geschädigte Magenmucosa anzunehmen. Von einer internen Therapie war bei dem completen Verschlusse des Pylorus keinerlei Erfolg zu erwarten. Infolgedessen wurde die Wegsamkeit des Pylorus auf chirurgischem Wege wieder hergestellt, worauf das Erbrechen und alle Magenbeschwerden dauernd aufhörten und auch der Darm wieder zu functioniren begann.

Als Pat. nach einem Jahre einer Phthise erlegen war, stellte es sich bei der Obduction heraus, dass der Magen wieder zu seiner normalen Grösse zurückgekehrt war, ausser einer narbigen Strictus des Pylorus zeigte die Magenschleimhaut keinerlei Veränderung. Dieser Fall dürfte die Rückbildungsfähigkeit eines dilatirten Magens, eine nicht zu schwere Veränderung der Schleimhaut vorausgesetzt, durch Herstellung günstiger Functionsbedingungen zur Genüge erweisen.
W—n.

P. Dittrich: Ueber das Verhalten der Muskulatur des puerperalen Uterus unter pathologischen Verhältnissen. (Zeitschr. für Heilkunde. X. Bd., Heft 1, 1889).

Sehr sorgfältige und fleissige Studie, welcher wir nur folgende Resultate entnehmen, während wir den sich für die Details Interessirenden auf das Original verweisen. Nach den von D. angestellten Messungen scheinen die Infectionsprocesse einen hemmenden Einfluss auf die Involution des puerperalen Uterus auszuüben. Die Länge des Uterus, in gleichen Zeitpuncten des Puerperiums gemessen, war unter pathologischen Verhältnissen weit grösser als unter normalen. Die Befunde der zahlreichen mikroskopischen Untersuchungen D.'s sind in Kürze folgende: Unter normalen Verhältnissen geht bei der Uterusinvolution keine Muskelfaser zu Grunde. Unter pathologischen Verhältnissen verfällt ein Theil der Uterusmuskulatur der hyalinen Degeneration und directer Nekrose; eine Neubildung von Muskelfasern findet nicht statt. Unabhängig vom Verlaufe des Puerperiums enthält die Muskelfaser des puerperalen Uterus bald mehr bald weniger oder gar kein Fett. Bei normaler Involution erfährt ein Theil der Arterien Veränderungen, welche in das Gebiet der Endarteriitis obliterans gehören. Unter pathologischen Verhältnissen nekrotisirt analog der Uterusmuskulatur auch die Media vieler Arterien. Die Marcidität des Uterus unter pathologischen Verhältnissen oder in hohem Alter ist durch partiellen Zerfall der Uterusmuskulatur bedingt.
Dobbert.

Mosler: Ueber ansteckende Formen von Lungenentzündung. (Deutsche med. Wochenschr. 1889, № 13 u. 14).

M. berichtet über eine Familienepidemie einer anscheinend croupösen Lungenentzündung, welche von 4 erkrankten Personen 3 dahinraffte. Bei der von Grawitz ausgeführten Obduction des einen dieser Fälle bot sich an beiden Lungen im Allgemeinen das Bild der genuinen croupösen Pneumonie. Auffallend war nur der Umstand, dass die Art der Infiltration mehr das Aussehen confluenter haemorrhagischer Lobulärpneumonien darbot, ferner der ausgesprochen haemorrhagische Charakter der die Pneumonie complicirenden Pleuritis, sowie schliesslich die sehr starke frische Hyperplasie der Milzpulpa. Dem mit Genesung endenden Falle entnahm M. mittelst einer gut sterilisirten Pravaz'schen Spritze direct aus der hepatisirten Lunge etwas Gewebssaft, welcher theils in Deckglaspräparaten, theils in späten Culturen von Löffler untersucht wurde. In keinem der Präparate liessen sich Friedländer'sche oder Fränkel-Weichselbaum-sche Bacillen entdecken; hingegen gelang es Löffler in der Flüssigkeit das Vorhandensein einer einzigen wohlcharakterisirten Bacillenart nachzuweisen, welche er der Gruppe der Kaninchensepticämie-, der Hühnercholera-, Schweineseuchen-, Wildseuchen-, Taubendiphtherie-, Frettchenseuchen-Bacterien einreiht. Impfungen an verschiedenen Thieren hatten negative Resultate. Hieraus folgert M., dass ausser den schon bekannten Spaltpilzarten noch andere Mikroben ein der croupösen Pneumonie ähnliches Krankheitsbild hervorrufen können. Gestützt auf ähnliche Beobachtungen Finkler's und Cantani's hebt M. besonders den *contagiösen* Charakter seiner Fälle hervor und glaubt, dass die Uebertragung des Krankheitsstoffes vielleicht auch durch die Vermittelung von Taschentüchern, in welche die Sputa ausgegeben wurden, stattgefunden habe. Wie Cornet für Tuberculose, so will auch M. für die Aufbewahrung der Sputa von Pneumoniekranken besondere Regeln beobachtet wissen.
W—n.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

A. v. Hippel: Ueber den Einfluss hygienischer Maassregeln auf die Schulmyopie. Giessen 1889. Ricker'sche Buchhandlung.

Dass von den Schülern der höheren Lehranstalten durch den Einfluss der Nahearbeit ein beträchtlicher Theil myopisch wird, ist eine durch zahlreiche, in verschiedenen Ländern ausgeführte Untersuchung sicher festgestellte Thatsache. Es bestehen jedoch erhebliche Meinungsverschiedenheiten über die Gefährlichkeit der auf diesem Wege erworbenen Myopie und über die zur Bekämpfung derselben erforderlichen Maassnahmen. Während die Einen jede Myopie als eigentliche Krankheit der Augen auffassen, sehen die Anderen die durch Nahearbeit erworbene Kurzsichtigkeit, die in der Regel langsam zunimmt, nur niedrige oder mittlere Grade erreicht und mit völliger Entwickelung des Körpers stationär wird, lediglich als Folge eines abnormen Wachsthums des jugendlichen Auges unter dem Einfluss eines gesteigerten Muskeldruckes an, und wollen von dieser relativ unschädlichen Kurzsichtigkeit die bösartige, das Auge früher oder später schwer schädigende und als wirkliche Krankheit zu bezeichnende progressive Myopie getrennt wissen, welche meist bereits in frühem Lebensalter vorhanden ist, unabhängig von der Beschäftigung fortschreitet und unter den Zöglingen höherer Lehranstalten nicht häufiger ist, als bei dem ungebildeten Proletariat. H., der die letztere Anschauung vertritt, sieht in dem Umstande, dass diese beiden Formen der Kurzsichtigkeit bei den bisherigen Schüleruntersuchungen nicht von einander getrennt wurden, einen Grund für die verschiedene Beurtheilung der Gefährlichkeit der Schulmyopie, weitere Gründe aber darin, dass bei jenen Untersuchungen das Verhalten der Sehschärfe der myopischen Augen im Vergleich zu dem der emmetropischen und hypermetropischen nicht genügend berücksichtigt wurde und dass ferner die meisten Forscher sich mit der einmaligen oder in ganz ungleichen Zwischenräumen vorgenommenen Untersuchung verschiedener Schulen begnügten. Verf. hat sich nun der Arbeit unterzogen, während 9 Jahre alljährlich an den Schülern des Giessener Gymnasiums eine möglichst eingehende Untersuchung der Augen vorzunehmen, einen ganzen Jahrgang Schüler von Sexta bis Prima zu verfolgen und über alle unter dem Einfluss der Schulzeit an deren Augen eintretende Veränderungen genaue Aufzeichnungen zu machen. (Die Refraction wurde stets sowohl mit Gläsern, wie mit dem Augenspiegel bestimmt). Das vor zehn Jahren erbaute Gymnasium entspricht in Bezug auf Lage und Einrichtung allen Anforderungen der Hygiene; eine Ueberbürdung der Schüler mit Schulstunden oder häuslichen Arbeiten ist, Dank der vorzüglichen Organisation des Unterrichtes, ausgeschlossen. (Der Unterricht in der Schule ist auf den Vormittag beschränkt, dauert im Sommer von 7—12 Uhr, im Winter von 8—1 Uhr; die häuslichen Arbeiten überschreiten nicht das von der Schulobrigkeit festgesetzte Maass: für die oberen Classen nicht mehr als 3 Stunden täglich!). Für Leibesübungen ist hinreichend gesorgt. Kurz, es geschieht Alles, was die Schule als solche thun kann, um der Entstehung und Ausbreitung der Myopie entgegenzuwirken. Welches sind nun die Ergebnisse der periodisch vorgenommenen Untersuchung? Wir müssen uns hier darauf beschränken, aus dem in zahlreichen übersichtlichen Tabellen zusammengestellten Materiale einige wichtige Daten herauszugreifen. Zunächst zeigt sich in Bezug auf die Refraction der Schüler

für das Jahr 1889 im Vergleiche mit dem Jahre 1881 in allen Classen eine deutliche Abnahme der Procentzahl der Myopen; diese erfreuliche Wahrnehmung ist am auffälligsten in den oberen Classen (in der Ober-Prima eine Abnahme der myopischen Augen um 50,1 %!). Vergleicht man die einzelnen Classen unter einander (wobei die Zahlen aller Jahrgänge derselben Classe zusammengezogen werden), so ergiebt sich allerdings von der niedersten zur obersten Classe aufsteigend eine constante Zunahme der Myopie (in der Ober-Prima 49,6 %), doch sind die Procentzahlen bedeutend günstiger als die von anderen Forschern an anderen Schulen erhaltenen. Was den Grad der Myopie anlangt, so ist freilich zu constatiren, dass derselbe von Classe zu Classe zunimmt; doch zeigt die übergrosse Mehrzahl aller kurzsichtigen Augen niedrige (1—3 D) und mittlere (3—6 D) Grade der Myopie, während die hohen Grade (über 6 D) dagegen sehr zurücktreten (in der Ober-Prima 8,2 %). Ferner ergiebt sich aus den Tabellen, dass eine hochgradige Beeinträchtigung der Sehschärfe in Folge von Myopie nur selten beobachtet wurde; von den Myopen geringen Grades hatten 90 %, von denjenigen mittleren Grades 85 % volle Sehschärfe; in dieser Hinsicht, wie auch in Bezug auf die relative Häufigkeit des Staphyloma posticum hat Verf. gleichfalls günstigere Zahlen erhalten als andere Forscher. Ein Einfluss der Erblichkeit auf die Entwickelung der Myopie konnte nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden. Accommodationskrampf war bei 8,1 % sämmtlicher untersuchten Augen vorhanden. Unter den wiederholt untersuchten Augen hatten von den emmetropischen und hypermetropischen 12,4 % während der Schulzeit Myopie erworben; beim Eintritt in die Schule bereits vorhandene Myopie hatte bei 57,5 % während der Schulzeit zugenommen; es ist aber dabei zu betonen, dass hier, wie dort die Myopie sich meist in mässigen Grenzen hielt und die Sehschärfe bei der überwiegenden Mehrzal eine normale blieb.

Auf Grund dieser Ergebnisse stellt Verf. die folgenden zwei Thesen auf:

„Trotz bester baulicher Beschaffenheit und zweckmässiger innerer Einrichtung einer Schule, trotz Vermeidung jeder Ueberbürdung der Schüler und regelmässiger ärztlicher Ueberwachung wird ein nicht unbeträchtlicher Theil derselben während der Schulzeit myopisch, bei einem anderen nimmt schon vorhandene Kurzsichtigkeit zu".

„Durch Befolgung richtiger hygienischer Grundsätze bei der äusseren Einrichtung der Schulen und der inneren Organisation des Unterrichtes lässt sich die Häufigkeit der Myopie erheblich verringern, der Grad derselben in der übergrossen Mehrzahl der Fälle in mässigen Grenzen halten und eine Herabsetzung der Sehschärfe meistens vermeiden; zugleich treten die mit Myopie verbundenen Complicationen: Staphyloma posticum und Accommodationskrampf seltener auf, als es sonst zu geschehen pflegt".

Zum Schlusse warnt der Verf. vor zu sanguinischen Erwartungen in Bezug auf die Wirksamkeit einer allzuweit gehenden ärztlichen Controlle der Schulen, etwa durch besondere Schulärzte, und betont demgegenüber in beherzigenswerther Weise die Nothwendigkeit eines einmüthigen und planmässigen Zusammengehens von Schule, Haus und medicinischer Wissenschaft in allen Fragen der Schulhygiene.

Wir empfehlen die Lecture dieser, beiläufig bemerkt auch durch schöne Ausstattung sich auszeichnenden Schrift allen denen, welche berufen sind, über das leibliche Wohl der heranwachsenden Jugend zu wachen, also nicht nur Specialisten und anderen Aerzten, sondern auch gebildeten Laien, insbesondere Schulmännern. Sehr erfreulich ist es, aus den der Schrift eingefügten Actenstücken zu ersehen, wie viel Verständniss und guten Willen die zuständige (Grossherzoglich Hessische) Landesregierung in Sachen der Schulgesundheitspflege an den Tag legt. Blessig.

Album academicum der kaiserlichen Universität Dorpat, bearbeitet von A. Hasselblatt (Dorpat) und Dr. G. Otto (Mitau). Dorpat 1890. Verlag von C. Mathiesen.

Obgleich das kürzlich erschienene neue Album academicum der Dorpater Universität seinem Inhalte nach nicht in den Rahmen eines medicinischen Fachblattes hinein gehört, so nehmen wir doch nicht Anstand dasselbe hier kurz zu besprechen und ihm eine warme Empfehlung mit auf den Weg zu geben. Besteht der Kreis unserer Leser doch grössten Theils aus ehemaligen Jüngern der Alma mater Dorpatensis, die das Buch gewiss mit nicht weniger Interesse aufnehmen werden, als wir. Es wird den meisten von ihnen wohl eben so gehen, wie uns; man schlägt zuerst die Namen derjenigen nach, die einem am nächsten stehen und fängt dann an zu lesen, besonders natürlich die Zeit des eigenen Studiums. Bald ist das Interesse gefesselt, es tauchen eine ganze Reihe von Erinnerungen auf an Menschen, mit denen man nähere oder weitere Beziehungen gehabt, von denen man später oft nichts mehr gehört und deren späteres Schicksal man nun hier in wenigen Worten mitgetheilt findet. Vieles Erfreuliche, manches Betrübende liest man da aus und zwischen den Zeilen und die älteren Leser finden gar manches Kreuz bei Menschen, die sie noch mitten im Leben geglaubt hatten. Aber abgesehen von dem persönlichen Interesse fällt sehr bald der Werth des Werkes als Nachschlagebuch in die Augen, besonders schätzenswerth für Alle, denen aus irgend welchen Gründen öfter biographische Notizen nöthig sind; so z. B. auch uns, die wir ja oft genug über den Lebensgang eines Collegen zu berichten haben. Und es freut uns mittheilen zu können, dass wir trotz eifrigen Lesens kaum einen Fehler gefunden haben; wenn solche auch gewiss vorhanden sind, so scheinen es doch sehr wenige zu sein, was uns hohe Achtung vor der Genauigkeit der Arbeit abnöthigt, mit der dies unendlich mühevolle Werk geschaffen ist. Den Herren Verfassern aber gebührt aufrichtiger Dank für diese aufopfernde Arbeit.

Die gediegene Ausstattung kann nur beitragen zur weiten Verbreitung, die diesem Buche sicher ist. Schroeder.

I. Taschenkalender für Aerzte, herausgegeben von Dr. Lorenz, praktischer Arzt in Metz. 1890, III. Jahrgang. Verlag des Berliner lith. Instituts (Julius Moser). 2 Thle. Preis 2 Mark.

II. Medicinischer Taschenkalender für 1890, herausgegeben von den DDr. Jaenicke, Leppmann und Partsch. Breslau. Verlag von Preuss & Jünger. III. Jahrg. 2 Thle.

Dr. Lorenz' *Taschenkalender für Aerzte*, welcher uns zum ersten Male zu Gesicht kommt, hat uns durch die praktische Anordnung und knappe Form des in ihm Gebotenen, sowie durch sein bequemes, handliches Format und seine sehr gefällige Ausstattung von vornherein eingenommen. Der erste Theil bringt ausser dem Calendarium und dem Tages-Notizkalender, in welchem für jeden Tag eine ganze Seite für Notizen zur Verfügung steht, soviel des Wissenswerthen, dass er seinen Besitzer nicht im Stiche lassen dürfte. Neben Auskünften über die Dosirung der Arzneimittel, Löslichkeit chemischer Präparate, Berechnung der Schwangerschaftszeit, Gewichtszunahme der Säuglinge, Gifte und Gegengifte u. dergl. mehr enthält dieser Theil noch die Symptome und erste Behandlung der häufigeren oder sofortige Hilfe erfordernden Krankheiten, sowie Fingerzeige für chirurgische und geburtshilfliche Nothhilfe. — Im Beiheft sind das Verzeichniss der Cur- und Badeorte, die zur Heilung chronischer Krankheiten besonders empfohlenen Bäder, eine Anweisung zur Harnuntersuchung, Sehproben nach Snellen, Schemata zu Obductionen und ärztlichen Attesten untergebracht. Druck und Papier sind durchaus befriedigend.

Bezüglich des *Breslauer medicinischen Taschenkalenders* constatiren wir auch an dem neuen Jahrgange alle von uns bei der Besprechung der früheren Jahrgänge anerkannten lobenswerthen Eigenschaften, welche diesen Kalender zu einem bequemen Notiz- und Nachschlagebuch für den Arzt in seiner Thätigkeit ausserhalb des Hauses machen. Eine dankenswerthe Beigabe zum diesjährigen Kalender (im Beiheft) bildet eine Abhandlung über Diätetik am Krankenbett von Dr. Jaenicke, in welcher auf 27 kleinen Octavseiten Vorschriften für die Krankenkost bei acutfieberhaften und fieberfreien Krankheiten, sowie bei Brunnencuren, die nicht an der Quelle gebraucht werden, enhalten sind. Bernhof.

Congress norddeutscher Ohrenärzte in Berlin.

Am 22. April 1889 tagte in Berlin eine Versammlung norddeutscher Ohrenärzte in der Absicht eine dauernde Vereinigung in's Leben zu rufen, ähnlich, wie sie schon seit Jahren in Süddeutschland mit dem besten Erfolge besteht. Gottstein (Breslau) wurde zum Vorsitzenden gewählt, Barth (Berlin) zum Schriftführer bestimmt. Nach eingehender Berathung wurde beschlossen: Die heutige Versammlung ist eine constituirende. Jedes Jahr findet eine freie Vereinigung norddeutscher Ohrenärzte statt. Zur Theilnahme an derselben wird in Zukunft eine Aufforderung an norddeutsche Specialcollegen erlassen. Die Betheiligung ausländischer Ohrenärzte wird gern gesehen, doch werden dieselben nicht officiell aufgefordert. Der Zweck der Vereinigung ist Wissenschaft und Collegialität zu fördern. Die regelmässige Zusammenkunft findet statt zu Ostern. Als Ort wird, besonders auf Wunsch der auswärtigen Herren, Berlin bestimmt. Zur Führung der Angelegenheiten bis zur nächsten Versammlung wird ein Organisationsausschuss gewählt, bestehend aus den Herren: Berthold (Königsberg), Hartmann (Berlin), Walb (Bonn). Vorstehende Beschlüsse, sowie die nun folgenden wissenschaftlichen Verhandlungen sollen in kurzem Auszuge veröffentlicht werden.

Vorträge:

Berthold spricht „über die Heilung von veralteten Trommelfellperforationen". Weder eigene noch Anderer Resultate haben ihn bisher vollständig befriedigt. Erst im letzten Jahre ist es ihm gelungen, die von ihm geübten Methoden derartig zu verbessern, dass die Hauttransplantation jetzt dieselben günstigen Resultate zur Heilung von Trommelfelllöchern, wie sonst zur Heilung von granulirenden Wundflächen an anderen Stellen des Körpers liefert. Sein Verfahren besteht im Wesentlichen darin, dass er nach Ablauf der Eiterung und nach Lösung etwaiger Verwachsungen zwischen dem Trommelfellrande und der gegenüberliegenden Paukenschleimhaut ein Stückchen Haut auf die granulirende Schleimhaut der Paukenhöhle aufsetzt, welches so genau

wie möglich die Grösse der Perforation hat, und in der Dicke dem Abstande vom Perforationsrande bis zur inneren Paukenhöhlenwand gleichkommt. Die Oberfläche des Hautstückchens passt dann in den Perforationsrand so hinein, wie ein Uhrglas in den Falz des Gehäuses. Das Gehör erlitt durch diese Art des Verschlusses in keinem Falle eine Verschlechterung, meistens erfuhr es eine mehr oder weniger grosse Verbesserung. — Statt der menschlichen Cutis hat B. in einzelnen Fällen auch die Cornea von Kaninchenaugen verwandt, doch sind diese Versuche noch nicht abgeschlossen. Froschhaut erwies sich als ungeeignet. Das vorhin geschilderte Verfahren der Transplantation mit menschlicher Cutis lässt sich bei den grössten Perforationen, also auch bei fast vollständigem Verlust des ganzen Trommelfells anwenden. Bei kleineren Perforationen, die den früheren Methoden der Behandlung Widerstand leisten, wendet B. die Eihaut an, welche er täglich mit einem in Terpentin getauchten Wattebausch im Zeitraum von wenigen Minuten mehrmals hintereinander vorsichtig betupft. Die Eihaut wird dabei fast vollständig durchsichtig und gestattet so die Besichtigung des verklebten Trommelfellrandes. Man sieht, wie sich auf den Reiz des Terpentins das Trommelfell röthet, der Rand verbreitert, die Perforation verengert. Sobald der Kranke den geringsten Schmerz von dem Betupfen mit Terpentin äussert, wird damit aufgehört und das Verfahren erst nach 24 Stunden wiederholt. Durch diese mit Vorsicht ausgeführte Reizung des Trommelfellrandes kommt es dann je nach Grösse der Perforation in einigen Wochen zur vollständigen Heilung. Nach derselben wird das Eihäutchen abgestossen.

W a l b spricht „über die Pars ossea der externen Paukenhöhlenwand und die hohe Bedeutung der sich dort abspielenden Veränderungen für die klinische Diagnose". Bisher wurde stets nur das Trommelfellbild und der Trommelfellbefund für die Diagnose verwerthet. W a l b hält dies nur für einen Bruchtheil chronischer Fälle für genügend, während für alle acuten und auch viele chronische der Befund an der oberhalb des Trommelfells gelegenen Pars ossea hinzukommen muss. Diese Pars ossea setzt sich zusammen seitlich aus dem Margo tympanicus, der an der oberen Hälfte des Trommelfells aus dem Rahmen der Gehörgangswände immer mehr herausspringt und zu einem verschieden breiten Halbmondabschnitt sich gestaltet. Die Lücke zwischen den beiden Margines tympanici wird von einer dünnen Knochenplatte ausgefüllt, welche vom Schuppentheil des Schläfenbeines stammt und mit dem Margo tympanicus sich zu einem vollkommenen Halbmond gestalten würde, wenn nicht dieselbe nach unten zur Aufnahme der Pars flaccida den R i v i n i 'schen Ausschnitt zeigte. Um letzteren ist der Halbmond in der Mitte verschmälert. Dieser knöcherne Theil der externen Paukenhöhlenwand vermittelt erst den Ansatz des Trommelfells an die obere Gehörgangswand und verdient seiner Wichtigkeit wegen mit einem besonderen Namen belegt zu werden. Bei allen acuten Entzündungen des Trommelfelles und der Paukenhöhle zeigen sich die entzündlichen Erscheinungen an der Pars ossea früher, als weiter abwärts. Es hat dies einen sehr natürlichen Grund, indem die Trommelgefässe in einem von oben her kommenden Zwickel liegen und naturgemäss in den gröberen Aesten höher oben sich früher Injection und daran anschliessende Schwellung zeigen muss, also weiter abwärts, wo die feineren Verzweigungen sich befinden. Nimmt man hier nur das Trommelfellbild, so giebt man oft nur den kleineren Theil der Veränderungen wieder. Die differenzielle Diagnose zwischen einer sich hier abspielenden Otitis externa oder momentalen Reizungsröthe giebt die weitere Untersuchung, insbesondere die Auscultation. Noch wichtiger für die Diagnose werden nun diese Verhältnisse, wenn ein Ohr von einer acuten Entzündung des Trommelfells oder der Paukenhöhle befallen wird, an dem sich bereits früher einmal ein entzündlicher Process abgespielt hat. Dann ist häufig Verwachsung der Pars flaccida mit dem Hammerhals, sowie sehr straffe Faltenbildung vom kleinen Fortsatz ausgehend zurückgeblieben. In solchen Fällen kann sich Injection und Schwellung gar nicht am Trommelfell entwickeln, da die Gefässe in der an der Pars flaccida liegenden Narbe verödet oder sehr verkleinert sind. Hier zeigt sich dann Injection und Schwellung nur an der Pars ossea, oft von hier aus seitlich das Trommelfell umgebend, ohne auf das Terrain desselben überzugehen. Dabei ist sonst das vollkommene Bild der Otitis media acuta entwickelt: beständige, heftige Schmerzen, Fieber etc. Man wundert sich mit dem Spiegel nicht mehr entdecken zu können, denkt an eine beginnende Otitis externa, und erst die Untersuchung der Paukenhöhle giebt Aufschluss, indem man durch die Punction des Trommelfells massenhaftes seröses Exsudat entleert und dann die Erscheinungen sofort nachlassen. Wenn das bisher Gesagte sich hauptsächlich auf die Cutis dieses Theils bezog, so spielt auch die Pars ossea selbst eine sehr wichtige Rolle in allen Fällen von sog. Perforation der Membrana flaccida, da diese fast stets mit Caries der Pars ossea verbunden sind. Hier findet man oft grosse, zackige Defecte, die bis an die obere Gehörgangswand reichen und durch welche der ganze Kuppelraum der Paukenhöhle frei zu Tage liegt. W a l b beobachtete mehrmals, dass bei vollkommenem Defect der Pars flaccida der Hammerkopf noch ganz intact frei lag. Es muss ferner daran erinnert werden, dass die Pars ossea sehr häufig der Sitz von Exostosenbildung ist, indem man an der knöchernen Umrandung des Trommelfells oben oft mehrere derselben findet, mit oder auch ohne eine gleiche Entwickelung im Gehörgang vor dem Trommelfell, meist hier in Form zweier sich gegenüberliegenden Halbkugeln. W a l b schlägt zum Schluss vor, nicht mehr wie bisher blos den Trommelfellbefund nach dem bekannten von P o l i t z e r herrührenden Schema zu zeichnen, sondern ein Schema zu construiren, in welches die ganze externe Paukenhöhlenwand hineinpasst.

H a r t m a n n stellt eine Patientin vor, bei welcher eine *vollständige Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand* bestanden hatte und durch die Operation eine seit 10 Monaten bestehende künstliche Oeffnung hergestellt worden war. Der Verwachsung lag eine syphilitische Infection zu Grunde. Die Bewegungen des Gaumens hatten nur geringe Störung erfahren, sodass die Sprache vollständig rein geblieben war und sogar die Resonanten ohne wesentliche Beeinträchtigung hervorgebracht werden konnten. Die Operation erfolgte durch Ablösung an der Verwachsungsstelle und Umsäumung der Ränder durch die Naht. Das Einlegen von festen Körpern zur Verhütung einer Wiederverwachsung wurde nicht ertragen. Trotzdem erfolgte die Heilung in der Weise, dass eine genügende Oeffnung bestehen blieb, um die Respirationsluft durchtreten und die Entfernung der Secrete in der Nase durch Ausschnauben gelingen zu lassen.

D e r s e l b e berichtet sodann über einen *Versuch zur Herstellung einer künstlichen Oeffnung bei angeborenem Verschluss des äusseren Gehörganges.* Der Fall betraf einen 20-jährigen Patienten, bei welchem die Ohrmuschel gut entwickelt war, indem die Cymba, Tragus und Antitragus vorhanden war, nur der Helix fehlte. Das Vorhandensein von Hörvermögen konnte besonders durch die Stimmgabelprüfung festgestellt werden. Beim Katheterismus konnte durch die Auscultation auf der Oberfläche des Warzenfortsatzes ein kräftig eintretender Luftstrom gehört werden. Um über das Vorhandensein des äusseren Gehörgangs Aufschluss zu gewinnen, wurde nach der zur Entfernung von Fremdkörpern üblichen Weise die Ohrmuschel nach vorn abgelöst und mit Hilfe des Raspatoriums in die Tiefe gedrungen. Es zeigte sich nun, dass die Pars tympanica vollständig fehlte und der Gelenkkopf des Unterkiefers auf der vorderen Fläche des Warzentheils auflag. Eingeführte Wattetampons wurden bei Verschluss der Mundspalte an die hintere Wand angedrückt und konnten erst nach Oeffnen des Mundes wieder entfernt werden. Die hergestellte Wunde wurde vernäht und heilte per primam intentionem. Aus der gemachten Erfahrung glaubt der Vortr. folgende Schlüsse ziehen zu dürfen: 1) dass bei angeborenem Fehlen der Gehörgangsmündung unstatthaft ist an der Stelle, wo derselbe liegen sollte, operative Eingriffe vorzunehmen wegen der Gefahr einer Verletzung des Kiefergelenks; 2) das Vorhandensein oder Fehlen des knöchernen Gehörganges kann am sichersten und ungefährlichsten festgestellt werden durch Ablösung der Ohrmuschel in der zur Entfernung von Fremdkörpern üblichen Weise.

B a r t h zeigt zwei Präparate vom inneren Ohr und stellt einige Separatabzüge zur Verfügung, in welchen die einfache und leichte Darstellungsweise näher beschrieben ist. Es handelt sich um durchsichtige Celloidinausgüsse des Labyrinthes mit vollständiger Erhaltung der Weichtheile. — Ausserdem legt B a r t h zwei neue, nach eigener Angabe angefertigte Instrumente vor: a) einen *Gaumenhalter,* eine zweckmässige Modifikation des Gaumenhakens von H a r t m a n n und desjenigen von K r a u s e; b) einen *Sperrhaken* zum Auseinanderhalten der Weichtheile bei der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes. Man erspart durch denselben wenigstens einen Assistenten, die Blutung stillt sich leichter u. s. w. Der eingelegte und auseinander geschraubte Haken hält zu gleicher Zeit die Ohrmuschel nach vorn. Die Instrumente sind angefertigt bei Détert in Berlin.

H a n s b e r g zeigt den Schädel eines erwachsenen Individuums, bei dem ein Frontalschnitt durch die Nasenhöhlen gelegt ist. Die *hochgradig verkleinerten Highmorshöhlen* zeigen sich beiderseits erkrankt. Die linke, kaum von der Grösse einer kleinen Haselnuss, ist bis auf ein kleines Lumen von höchstens 2 Mm. mit einer gelblichen, sulzigen Masse ausgefüllt, die sich in geringerem Grade auch in dem rechten Sinus findet. Bei der Gewinnung des Präparates waren beide Oberkieferhöhlen mit Eiter gefüllt. H. weist nach, dass hier die Erkrankung beiderseits von der Nasenhöhle ihren Ursprung genommen haben muss trotz vorliegender normaler Nasenschleimhaut und betont die Schwierigkeiten, die bei Anbohrung vom Alveolarfortsatze oder der Fossa canina aus entstanden wären. An drei anderen vorgelegten Präparaten, ebenfalls Frontalschnitt durch die Nasenhöhlen vorstellend, ist die Verschiedenheit in der Grösse der Highmorshöhlen besonders gut zu sehen. — Weiter demonstrirt H a n s b e r g ein von einem Rechtsanwalt R e t t i c h in Saarbrücken angegebenes *Hörrohr,* mit dem in der H a r t m a n n 'schen Poliklinik Versuche an Schwerhörigen angestellt wurden. Der Apparat besteht aus einem parabolisch geformten Trichter von Metall, einer Leitungsröhre mit Ansatzstück, und enthält an der Aussenöffnung des Paraboloids eine mittelst einer Schraube regulirbare Dämpfungsvorrichtung, die die störende Resonanz abschwächen soll. Unter 8 Schwerhörigen, bei welchen das R e t t i c h 'sche Hörrohr geprüft wurde, konnte nur in zwei Fällen ein besseres Resultat erzielt werden, als mit den sonst gebräuchlichen Hörrohren. Einer allge-



meinen Verwendung steht die Grösse des Instrumentes und der hohe Preis im Wege.

Noltenius demonstrirt an der Hand von 22 wohl ausgebildeten, horizontal durchschnittenen Felsenbeinen aus der Hartmann'schen Sammlung das gegenseitige Lageverhältniss zwischen der Spina supra meatum und einem Puncte, der 1 Ctm. hinter der Spina gelegen ist und etwa der Gegend entspricht, in welcher der Meissel behufs Eröffnung des Antrum mastoideum eindringt einerseits, und dem Canalis facialis und dem nächst gelegenen Canalis semicircularis andererseits. Die Durchschnittsmaasse betragen: 1) von der Spina zum Canalis facialis 15,5 Mm., 2) von der Spina zum Canalis semicircularis 16,5 Mm., 3) von dem Eröffnungspunct zum Canalis facialis 22 Mm., 4) von dem Eröffnungspunct zum Canalis semicircularis 22 Mm. In den einzelnen Rubriken schwanken die Werthe (1) zwischen 11 und 18 Mm.; (2) 13 und 20,5 Mm.; (3) 18 und 25 Mm.; (4) 17 und 25,5 Mm. Daraus ergiebt sich, dass bei Gelegenheit einer Aufmeisselung des Warzenfortsatzes bereits in der Tiefe von weniger als 20 Mm. functionswichtige Organe verletzt werden können.

Truckenbrod demonstrirt einen *Rhinolithen*, bei dem in selten schöner Weise die Bildung desselben um den Fremdkörper (Stiefelknopf?) zu erkennen war und der 15 Jahre in der Nase verweilt hatte. Ferner legt derselbe einen Speichelstein aus der Glandula sublingualis vor. Im Anschluss hieran zeigt Hartmann einen ähnlichen Rhinolithen, der den unteren und mittleren Nasengang ausgefüllt hatte. In demselben befindet sich ein einem Johannisbrodkern entsprechender Hohlraum.

Barth.

Protokoll der V. Sitzung des ersten livländischen Aerztetages.

4. October 1889, 4 Uhr Nachmittags.

1. Dr. Apping-Wolmar hält einen Vortrag: „Zur Behandlung der Urethritis gonorrhoïca beim Manne".

Der Schwerpunct der Behandlung sei darauf zu legen, dass auch die hintere Partie der Harnröhre behandelt wird. — Mit den landläufigen Tripperspritzen sei dies unmöglich, weil der Musc. compressor urethrae sich reflectorisch contrahirt und ein tieferes Eindringen der angewandten Flüssigkeit unmöglich macht. Daher bediene sich Vortr. zur Application flüssiger Medicamente der Ultzmann'schen Irrigations- resp. Capillarkatheter, zur Application von Medicamenten in Salbenform der Urethralantrophore von Stephan. Injectionen werden anfangs täglich, später 1—2 Mal wöchentlich gemacht. Der desinficirte Katheter wird nicht mit Vaselin, sondern mit dem löslichen Glycerin eingeschmiert. Einmal in der Woche Einlegung einer Steinsonde. So werde allmälig der Nährboden für die Gonokokken zerstört. Am häufigsten wandte Vortr. zu Injectionen an:

Zinc. sulf.
Acid. carbol. pur.
Alumin. āā 0,2—0,6
Aq. dest. 100
} ferner: Tanninlösung 0,2—0,5%, Argent. nitric. 0,02—0,05%, Thallin. sulfur. 2—5%

Hierdurch werden 3—18 Monate alte Tripper in 1—5 Monaten geheilt. Heilung nur bei Abwesenheit von Gonokokken und Tripperfäden angenommen.

In letzter Zeit hat A. oft die 2% Thallin- und die 5% Tanninantrophore angewandt und bei der Combination beider Behandlungsmethoden viel befriedigende Resultate gesehen.

Die betr. Katheter und verschiedenartigen Antrophore werden demonstrirt.

2. Dr. Jürgens-Fennern spricht: „Ueber Myxoedem".

Vortr. berichtet über eine von ihm gemachte Beobachtung dieser neuerdings beschriebenen Krankheitsform an einer 41-jährigen Frau aus den besseren Ständen. Die Kranke steht noch unter Beobachtung. (Cf. № 51 des vor. Jahrg. der Wochenschr.).

Dr. v. Kügelgen fragt nach dem Verhalten der Schilddrüse in diesem Falle.

Dr. Jürgens: Sie verhielt sich normal.

Dr. Mercklin fragt nach dem psychischen Verhalten der Patientin.

Dr. Jürgens: Es bestehe auffallende Apathie, auch habe das Gedächtniss abgenommen.

Dr. v. Schröder fragt, ob Veränderungen an den Conjunctiven, überhaupt Augenstörungen bis jetzt an der Pat. beobachtet seien.

Dr. Jürgens verneint.

3. Dr. Jaesche-Dorpat spricht: „Ueber Lidoperationen".

Die grosse Zahl von Operationsmethoden gegen Entropium, Distichiasis und Trichiasis mit den hinzugefügten Variationen weist schon darauf hin, dass sie nicht in völlig befriedigender Weise allen an sie zu stellenden Anforderungen entsprechen. Einige von ihnen garantiren nicht ausreichend einen dauernden Erfolg, andere erfordern eine sorgfältige Nachbehandlung und sind nicht leicht ausserhalb eines Krankenhauses gut auszuführen.

Nun ist ja aber gerade für die erwähnten Uebel ein Verfahren wünschenswerth, das genügend radical wirkt und sich für eine ambulatorische Behandlung vorzüglich eignet. Denn eine grosse Zahl der an diesen Uebeln Leidenden können oder wollen sich nicht der Behandlung in einem Krankenhause unterwerfen und lassen das Uebel so weit anwachsen, dass ihre Leistungsfähigkeit in hohem Grade beeinträchtigt wird, oder die Augen unheilbare Trübungen davontragen, selbst vollständig erblinden.

Deshalb hat J. ein Instrument construiren lassen, bei dessen Anwendung die Operation dem von Jaesche's älteren Bruder angegebenen Grundsatze gemäss sich mit Leichtigkeit und Sicherheit ausführen lässt. Sie besteht in der Bildung einer 2 Mm. breiten Brücke, welche den Lidrand mit den falsch gerichteten Cilien enthält und Verpflanzung dieser Brücke nach oben hin auf die von Haut entblösste Oberfläche des Lides der Art, dass der vorher untere Rand mit den kranken Wimpern nach vorn gerichtet bleibt. Das neue Instrument „*Lidfasser*" benannt, wird demonstrirt, die Ausführung der Operation durch Zeichnungen erläutert.

Die Discussion über Jaesche's Vortrag soll nach Erledigung des nächsten Vortrages eröffnet werden.

4. Dr. E. Johannson-Fellin spricht: „Ueber die Jaesche-Arlt'sche Operation".

Gegen die Zuverlässigkeit des von Arlt modificirten Jaesche-schen Verfahrens seien von mancher Seite Stimmen laut geworden (Burchardt, Jacobson, Wicherkiewicz). Gleichwohl glaubt J. dasselbe wieder empfehlen zu können. In 60 Fällen, die er längere Zeit (bis zu 2 Jahren) nachher beobachten konnte, war der Erfolg ein bleibender. Zum Gelingen der Operation müssen 3 Bedingungen streng erfüllt werden:

1) Die Hautbrücke mit den Cilien darf nicht von dem unterliegenden Gewebe isolirt werden.

2) Der zweite, dem intermarginalen parallele Schnitt muss dicht oberhalb der Cilien ausgeführt werden.

3) Muss auf die erforderliche seitliche Höhe des zu excidirenden Hautstückes besonders geachtet werden, da gerade in der Nähe der Lidwinkel ein Recidiviren der Haare beobachtet wird. Joh. lässt die Seitentheile des Bogens (welcher das zu excidirende Hautstück umgrenzt) etwas steiler abfallen.

Dr. Ströhmberg: Die von Jaesche und Johannson berührten Operationen seien für die Praxis in Livland besonders wichtig, weil Trachom und Folgezustände hier so häufig. Jaesche-Arlt, ein gutes Verfahren, schützt aber ebenso wenig wie andere Methoden vor Recidiven. Storry transplantire auf die intermarginale Wunde Lippenschleimhaut, damit keine Härchen aufschiessen. Chodin ebenso, der sich auf zahlreiche Fälle stützt. Ströhmberg empfiehlt diese Methode. Chloroformnarkose nothwenig, da die Schleimhautexcision an der Lippe schmerzhaft. Anheilung meist gut.

Dr. v. Schröder freut sich ebenfalls, dass der Aerztetag diese local wichtige Operation bespreche, wo so viel Trachom im Lande. Es gebe viele gute Methoden der Lidoperation, ein jeder Operateur habe nach der seinigen die besten Resultate. Schröder's Vertrauen zu Jaesche-Arlt sei durch Burchardt und Wicherkiewicz nicht erschüttert, es komme eben darauf an, wie und wann man Jaesche-Arlt anwendet. Im St. Petersburger Augenhospital werden hauptsächlich Snellen-Hotz und Jaesche-Arlt geübt. Ist der Knorpel stark gekrümmt, so muss nach Snellen Keilexcision des Knorpels gemacht werden. Bei Anlegung der Nähte verfährt man nach einer Modification nach Hotz oder Germann. Wo keine starke Krümmung, die Hautoperation nach Jaesche-Arlt. Die Recidive liegen oft daran, dass das Trachom noch nicht abgelaufen, nicht daran, dass die Operationsmethode schlecht war. In der Literatur werde das Jaesche-Arlt'sche Verfahren verschieden beschrieben. v. Oettingen-Dorpat habe schon ähnlich wie Johannson operirt. In St. Petersburg wird möglichst hoch hinauf transplantirt, selten aus der Lippe zur Transplantation genommen, weil dies schmerzhaft und Chloroform nöthig, auch schrumpfe die Schleimhaut ziemlich stark. In Deutschland empfiehlt Eversbusch wieder warm Jaesche-Arlt. Bei der Hautentnahme aus dem Arm muss man mit dem Rasirmesser möglichst oberflächlich schneiden, um so die Haarbälge zu zerstören.

Dr. Jaesche hat Snellen nicht erwähnt, weil er beim Thema bleiben wollte und eine Methode angeben, die ohne Assistenz und Krankenhaus durchführbar. Die Recidivfrage würde hier zu weit führen — man muss jedenfalls viele Jahre abwarten, ehe man definitiv urtheilen kann.

Dr. v. Schröder: Der *neue* Vorschlag Jaesche's (Lidfasser) sei interessant — es sei nur die Frage, ob eine solche Modification nothwendig; verdrängen solle sie die anderen Methoden nicht. S. fragt, ob nicht dabei eine Verkürzung des Lides und Lagophthalmos eintrete.

Dr. Jaesche: Nein, obgleich er über 100 Tälle operirt: es giebt übrigens verschiedene Lider, wenn Lagophthalmus schon angedeutet sei, werde er seine Pincette nicht brauchen.

Dr. v. Schröder: Es trete auch wohl keine prima intentio ein, sondern bleibe ein granulirender Rand, der gebeizt werden müsse.

Dr. Jaesche giebt zu, dass mitunter gegen die Regel auch ein etwas breiterer Granulationsstreifen entstehen könne.

Dr. v. Schröder ist dafür, dass die neue Operation versucht wird, auf die Kürzung der Heilungsdauer werde sie kaum einen



Einfluss haben, denn auch beim gewöhnlichen Verfahren nach Jaesche-Arlt gehe es schnell.

Für das untere Lid möchte S. nicht die Hotz'sche Naht, wie Jaesche angab, empfehlen. Kein bleibendes Resultat davon. In St. Petersburg wird am unteren Lide die Schneller'sche Methode geübt (Beschreibung derselben), die besonders bei jungen Individuen empfohlen werden kann, wo die Lidhaut den Turgor noch nicht verloren hat.

5. Dr. Lenz-Sesswegen hält einen Vortrag: „Zur Lehre vom Glaucom".

Vortr. führt aus, dass die Rolle, welche die Zonula Zinnii als erste Durchgangspforte des intra-ocularen Ernährungsstromes spiele, in der Lehre vom Glaucom zu wenig berücksichtigt werde. Rheindorf's Arbeit (Zehender 1887), welche dies betonte, habe zu wenig Beachtung gefunden.

Lenz hat einen Fall von Glaucoma simplex absolutum beobachtet, wo er im Anschluss an Rheindorf eine bedeutende Verdichtung der Zonula Zinnii und der vorderen Linsenkapsel annehmen musste, durch vielleicht reflectorisch entstandene Hypersecretion in dem Glaskörperraum war starkes Vordrängen der Linse und Zerrung der Ciliarfortsätze zu Stande gekommen, es folgte der acute Anfall. Sein therapeutisches Resumé geht mit Rheindorf dahin: bei Glaucoma simplex zu extrahiren mit nachfolgendem Glaskörperstich, jedoch mit der Einschränkung dieses Alles nicht in einer Sitzung vorzunehmen, sondern nach Verheilung des Schnittes zu discidiren.

Dr. v. Schröder: Jeder Beitrng zur Glaucomlehre sei dankenswerth, so werde doch endlich eine fundirte Erklärung des Glaucom sich geben lassen. Bis jetzt können wir nur wie vor 100 Jahren sagen: Glaucom ist vorhanden, wenn die Tension des Bulbus erhöht ist. Auch Rheindorf habe nur eine Hypothese gegeben und Lenz' Fall sei interessant, aber nicht beweisend. Er wäre nur dann beweisend, wenn der Glaskörperstich gemacht worden und Abnahme der Tension eingetreten wäre. Aber das Auge vereiterte früher.

Gegen Rheindorf's Hypothese sprechen ferner die Fälle, in welchen bei bestehendem Nachstaar nach Discision die Tension des Bulbus nicht geringer, sondern höher wurde. — Das Auftreten von Glaucom bei anatomisch nachgewiesener Abwesenheit der Linse und ihrer Kapsel sei ein stricter Beweis gegen Rheindorf's Theorie.

Dr. Truhart: Rheindorf schicke immer Iridectomie voraus, mache dann Extraction.

Dr. Jaesche: Es sei ein falscher Weg, wenn man bei Glaucom nach *einer* anatomischen Ursache suche, alle Verhältnisse, welche die Absonderung und Aussonderung innerhalb des Auges verändern, sind in Betracht zu ziehen. Lenz habe angeführt, dass Rheindorf die Linse bei Glaucom entferne, dies könne man bei guten Sehverhältnissen doch nicht thun. Daher Iridectomie.

Dr. Lenz: Die von Schröder angeführten Fälle von Drucksteigerung nach Discision des Nachstaars können dadurch erklärt werden, dass die Fontana'schen Räume schon verschlossen waren. Was den 2. von S. angeführten Fall anbetreffe, so bleibe ja noch die Hyaloïdea, die verdickt sein könne, Iridectomie helfe wenig, man müsse die Linse opfern.

Dr. v. Schröder: Man müsse bei constatirtem Glaucom fast in jedem Falle iridectomiren, wie schon Jaesche betont, auch auf die Gefahr eines Misserfolges hin; selten sei die Sclerotomie indicirt.

6. Auf Anfrage des Präses erklärt die Versammlung sich einstimmig dahin, dass sie irgend eine Veränderung der Statuten der Gesellschaft für nicht wünschenswerth hält.

7. Nachdem Präses Truhart die Tagesordnung für erledigt erklärt und sich von der Gesellschaft verabschiedet hat, erklärt Kreisarzt Dr Eckardt-Wolmar in seiner amtlichen Function den ersten livländischen Aerztetag für geschlossen.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 3. Mai 1889.

1) Dr. Thilo stellt einen 24jährigen Haemophilen vor. Seit 14 Jahren Contractur des rechten Kniegelenkes. Pat. geht seit 6 Jahren auf Krücken. Stützapparat aus T-Schienen, der eine allmälige Streckung des Gelenkes bewirke, ausserdem Behandlung mit Massage, Gymnastik, Faradisation seit 2 Jahren. Pat. geht seit Jahresfrist ohne Krücke. Den erzielten Erfolg demonstrirt Vortragender an einem Gypsabguss des Gelenkes.

Die Bewegungen mit allmälig gesteigertem Widerstande seien bei der Contracturbehandlung das Wesentlichste. Interessant sei, dass das empfindliche Gelenk des Bluters die Apparate und Bewegungen vertrage.

2) Dr. Deubner: Krankenvorstellung. Pat. stamme von gesunden Eltern, sei nie krank gewesen. Seit 3 Wochen Ausschlag anfangs auf den Armen, dann auf den Beinen und dem Gesicht. Es bilde sich ein rother Fleck, der sich nach der Peripherie ausbreite und im Centrum abblasse, ohne cutane Exsudation an den Extremitäten, während am Gesicht Exsudation sich finde, wogegen das Abblassen vermisst werde. Dr. Bergmann halte die Affection für Lepra maculosa, während sie Red. für eine einfache Angioneurose, das sog. polymorphe Erythem anspreche, und stütze seine Diagnose auf die negative Anamnese, das Auftreten des Exanthems auf den Streckseiten der Extremitäten bei Freibleiben des Rumpfes. Dr. B. wolle Anästhesien gefunden haben, von deren Existenz sich Red. nicht habe überzeugen können. Pat. wohne seit 20 Jahren hier in der Moskauer Vorstadt. Bei genauer Inspection der Pat. finden sich auf Brust und Rücken auch Flecke, die Tags zuvor noch gefehlt haben sollen.

Dr. Bergmann zweifelt nicht an der Diagnose: Lepra. Anästhesien, die sicher nachweisbar, kämen dem Erythem nicht zu. Der eine Peronäus sei druckempfindlicher, Nervenverdickungen freilich nicht nachweisbar. Es handle sich nicht um cutane Lepra, sondern um eine lepröse Trophoneurose.

Dr. Deubner, der seine Diagnose nicht mehr aufrecht erhält, richtet an den Vorredner die Frage, ob bei Lepra ein endgiltiges Verschwinden der Flecke beobachtet worden.

Dr. Bergmann hat derartige landkartenförmige Eruptionen auftreten und schwinden sehen. Die cutane Form der Lepra sei von der nervösen streng zu scheiden. Aber auch exquisite Knoten der cutanen Lepra könnten sich zurückbilden.

Dr. Hampeln: Es gebe vorübergehende Lepra-Erytheme (Neisser bei Ziemssen), denen sich erst später die bleibenden Symptome anschlössen.

Dr. Voss schliesst sich der Anschauung des Vorredners an; das vorgestellte Exanthem sei nicht charakteristisch für Lepra maculosa, er sehe es als Prodromalaffection an, die es unbestimmt lasse, ob es sich um die nodöse oder die anästhetische Form handeln werde.

3) Dr. Ed. Schwartz: Fortsetzung des Vortrages cf. vorige Sitzung. (In № 30, 1889, dieser Wochenschrift unter dem Titel „Die Lues-Tabes-Frage" erschienen.)

Dr. Mercklin hat, einer Aufforderung Dr. Schwartz's folgend, die Anamnesen der in Rothenburg verpflegten Frauen mit progressiver Paralyse auf Lues geprüft. Das männliche Material sei wegen Häufigkeit der Lues ungeeignet erschienen. Von 626 Frauen litten 25, gleich 4 pCt., an progressiver Paralyse, von den Männern waren 31 pCt. paralytisch. Unter den 25 war keine einzige Virgo: 18 Ehefrauen (von denen 4 vorher im Concubinat gelebt), 4 Wittwen, 3 Concubinen. Alter 23—58 Jahre, im Durchschnitt 41. Fast alle stammten aus den unteren und mittleren Gesellschaftsklassen. Sichere Infection durch den Mann in 3 Fällen, wahrscheinliche in 1 Falle, Concubinen 3 Fälle, vor der Ehe Concubinat 4 Fälle, Lues des Mannes strict geleugnet 3 Fälle (davon 2 kinderlos), Mann Tabetiker 1 Fall, Mann Paralytiker 1 Fall, 9 Fälle lückenhaft.

Die Lues spiele offenbar eine Rolle in der Vorgeschichte der Paralyse, sie sei wahrscheinlich ein ätiologisches Moment neben anderen, was nicht die Berechtigung gebe, die Paralyse als specifisch syphilitische Erkrankung anzusehen. Hiergegen spreche ebensowohl der anatomische Befund wie die Machtlosigkeit der Therapie. Wo das Gegentheil in letzterer Hinsicht berichtet worden, handele sich's um Anfangsstadien, in denen auch spontane Remissionen einträten.

Für den Zusammenhang von Lues und Tabes resp. Paralyse sprächen gewisse prägnante Einzelfälle, wie eine Beobachtung Berger's: Erkrankung an Tabes im 72. Lebensjahre, nach luetischer Infection im 70., oder der Strümpell'sche Fall: Tabes und Paralyse bei einem hereditär-syphilitischen 13jährigen Mädchen.

Es bestätige sich mehr und mehr die Anschauung, dass Lues zur Paralyse prädisponire. Nach Rieger neige ein Syphilitiker 16—17 mal mehr zur Paralyse als ein Nichtinficirter. Trotzdem sei dieselbe nicht als specifisch syphilitische Hirnerkrankung zu bezeichnen, sondern nur als „Nachkrankheit" (Strümpell).

Unter den paralytischen Männern Rothenburg's fand Dr. Riemschneider unter 88 brauchbaren Fällen sichere Lues 41 Mal (46,5 pCt.), Verdacht auf Lues 28 Mal (31,9 pCt.), Lues geleugnet 19 Mal (21,5 pCt.).

Dr. Holst schliesst sich dem Vorredner in der Frage des Zusammenhanges von Lues und Tabes an. Die Contraindication Kemmern's betreffend, habe er sie bei der früher üblichen durchgängigen Badetemperatur von 28° aufgestellt. Eine Parallele zwischen Kemmern und Aachen halte er wegen der grossen Differenz der Quellen für misslich. Aachen's Erfolge schreibe er zumeist der dort geübten sehr correcten Behandlung zu, namentlich was Quecksilber anlange. Von specifischer Cur habe Red. nur Erfolg gesehen, wo neben Tabes noch andere Symptome der Lues sich fanden.

Dr. Hampeln interessirt sich seit Jahren für den Zusammenhang von Arteriosclerose mit Lues, den er mehr und mehr bestätigt finde; dabei sei er bei Erhebung der Anamnese auf ähnliche Schwierigkeiten gestossen, wie sie Dr. Schwarz geschildert.

Dr. Schwarz glaubt nicht an die specifische Heilkraft Kemmern's gegen Tabes. Eine Parallele zwischen Aachen und der einheimischen Quelle habe er nicht ziehen wollen, an beiden Orten aber seien Bäder und Inunctionen gleichzeitig bequem durchführbar. Die Contraindication „Tabes" sei auf seine Veranlassung aus der diesjährigen Kemmern'schen Annonce gestrichen.



Dr. Holst: Rumpf behaupte, eine Quecksilbercur vor Ausbruch secundärer Erscheinungen begünstige die Entstehung der Nervenlues. Wie weit sich diese These bestätige, entziehe sich seiner Beurtheilung.

Dr. Schwarz: In 3 Fällen von Paralyse konnte Rumpf am Gehirn makroskopisch nichts Luetisches nachweisen, mikroskopisch dagegen erwies sich das ganze Gehirn an den feinen und feinsten Gefässen als luetisch erkrankt. Die Paralyse werde vielleicht mit Recht Gehirntabes genannt.

Dr. Miram: Einen therapeutischen Nutzen hätten die Forschungen über den Zusammenhang von Lues und Tabes nicht gebracht. Ihm erscheine zweifelhaft, wie weit die Lues verantwortlich zu machen sei. Direct zugegeben werde die Syphilis selten, meist werde die Diagnose aus dem anamnestischen Anhalte irgend einer Hautaffection aufgebaut. Bei der grossen Verbreitung der Letzteren sei ein Trugschluss nur zu leicht möglich.

Dr. Mercklin: Soweit er die mikroskopische Anatomie der Paralyse beherrsche, sei der Nachweis des Zusammenhanges noch nicht erbracht. Nur die anamnestische Häufigkeit sei auffällig. Ein weiterer prägnanter Fall betreffe einen pedantisch soliden Mann aus ebenso solider Familie; nachdem er 8 Tage lang in St. Petersburg flott gelebt und dort inficirt worden, führte er später die gewohnte Lebensweise weiter. 10 Jahre später erkrankte er an Paralyse.

Dr. Miram: Derartige Fälle legten ja den Verdacht eines Causalnexus nahe, berechtigten indessen noch nicht zur Therapie mit so differenten Mitteln wie Jodkali und Quecksilber.

Dr. Hampeln hält die Thatsachen für zu deutlich redend, um Zweifeln Raum zu geben. Die Behandlung werde sich nach den Erfolgen zu richten haben. So sei Jodkali in allen Fällen von Arteriosclerose von Nutzen.

Dr. Mercklin: Im Beginn der Paralyse, wo es sich um Hyperämie und Bindegewebswucherung handele, sei Kälte und Jodkali indicirt, lägen andere luetische Erscheinungen vor, so sei der Versuch mit Quecksilber berechtigt, wovon aber 10 Jahre nach der Infection wenig mehr zu erwarten sei.

Dr. Schwarz: Die einschlägigen Forschungen seien neueren Datums und noch nicht abgeschlossen. Den Zusammenhang von Lues mit den Erkrankungen des Nervensystems betreffend, stütze er sich mehr auf die pathol. Anatomie als auf die Anamnese.

4) Dr. V. Schwartz zeigt eine Sulfonalpastille, die den Darmtractus passirt und dabei kaum die Hälfte ihrer Grösse eingebüsst. Wegen Schwerlöslichkeit des Mittels sei also diese Anwendungsform ungeeignet.

z. Z. Secretär: Dr. v. Stryk.

Dr. Carl Bierstedt †.

Wieder hat der Tod uns einen Collegen entrissen, der wie Wenige von vielen vermisst, von vielen beweint wird.

Dr. Carl Bierstedt (geboren in St. Petersburg den 28. October 1822) ist am 26. December nach längerem Krankenlager sanft entschlafen. Bis zu seinem 13. Lebensjahre zu Hause erzogen, trat er im Jahre 1836 in das damals eben gegründete Larin'sche Gymnasium, woselbst er durch Fleiss und Pünctlichkeit sich hervorthat und das er 1841 beendigte; er gehörte somit zu den ersten Abiturienten dieses Gymnasiums. Er trat sogleich in die hiesige Universität ein, um Philologie zu studiren; aber schon nach einem Jahre verlies er diese Universität wie dies Studium. 1842 zog er nach Dorpat, um dort der Medicin sich zu widmen. Mit grösstem Fleiss gab er sich ganz dem Studium hin, ohne viel am Studentenleben Theil zu nehmen, obgleich er zu einer Corporation gehörte. Von dort 1848 mit dem Doctordiplom und mit einer Fülle von Wissen zurückgekehrt, trat er 1849, um sich praktisch zu vervollkommnen, in's Marien-Magdalenen-Hospital ein. Hier gewann er bald durch seine Kenntnisse, seinen Fleiss, seine Pünctlichkeit und Gewissenhaftigkeit die Achtung seiner Vorgesetzten und seiner Collegen, sowie die Verehrung und die Liebe seiner Patienten und Untergebenen. Als Supernumerar eingetreten, ward er bald zum jüngeren Ordinator und 1860 zum älteren Ordinator ernannt. Obgleich Therapeut beschäftigte er sich auch gerne mit der Chirurgie und versah von 1860—1863 die chirurgische Abtheilung dieses Hospitals mit Fachkenntniss und Geschick. 1863 verliess das M.-M.-Hospital und widmete sich vollständig seiner Privatpraxis, die damals schon gross war. Zugleich leitete er auch mit dem ihm eignen Eifer die Kinderbewahranstalt („Серебряный пріютъ"), wo er bis zu seinem Tode Director war. Seine unermüdliche Thatkraft, seine schlichte Bescheidenheit, vereinigt mit einer einnehmenden Freundlichkeit und grenzenlosen Selbstlosigkeit machten ihn bald zu einem der populärsten Aerzte auf Wassili-Ostrow. Seine Freigebigkeit kannte keine Grenzen. Den Namen Carl Carlowitsch kannte auf Wassili-Ostrow Jedermann, jung wie alt, besonders in der mittleren und dienenden Classe und er war von Allen mit grosser Verehrung genannt. Eine Zeit fungirte Bierstedt auch als Consultant bei der Filiale der Maximilian'schen Heilanstalt. Er besass geradezu ein Talent zum Armen-Arzt, welches, wie der Herr Pastor Hasenjäger an seinem Sarge treffend hervorhob, weder durch Patente noch durch Protection erlangt wird. Dass er sich den Rang des Wirklichen Staatsraths sowie den Wladimir-Orden III. Classe verdient hatte, wussten Wenige, dass er aber allgemeine Hochachtung und Liebe erworben — das wussten Alle und dafür lieferte sein unabsehbarer Leichenzug den schlagendsten Beweis. Dr. Bierstedt war unverheirathet und widmete all' seine Kenntnisse und seine ganze Kraft bis zur Erschöpfung der leidenden Menschheit. Sit tibi terra levis! B.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Dr. Higginbotham rühmt die specifische Wirkung des *Nicotin* (Gr. $^1/_{60}$ mit indifferentem Extract in Pillenform gereicht) — gegen für den Pat. höchst lästigen *Singultus*. Bei zwei Männern von 40 bis 50 Jahren war derselbe als Nachkrankheit nach überstandener Influenza aufgetreten und wich schon nach der ersten Gabe, nachdem andere Mittel 14 Tage hindurch vergeblich gereicht worden waren. In einem dritten Fall hatte der Singultus bei einem bejahrten Fräulein einen chronischen Verlauf gehabt. Die Dauer desselben war auf fünf Jahre zurückzuführen. Winteraufenthalt in Nizza und Meran hatte keine Besserung gebracht. Das Schnucken, welches zu jeder Tageszeit, auch Nachts auftrat, war hier von einem höchst störenden, nicht allein in der Wohnung der Patientin, sondern im ganzen Hause hörbaren Schrei im höchsten Discantton begleitet. Bei dieser Pat. hatte die Influenza auf den Singultus keinen Einfluss ausgeübt; hier musste die Gabe öfters wiederholt werden, ehe das Uebel vollkommen schwand. In allen 3 Fällen waren die Krampfschmerzen in den Brust- und Bauchmuskeln bis zur Unerträglichkeit gestiegen. (Original-Mittheilung).

— Die von Brown-Séquard jüngst vorgeschlagenen Injectionen von Hodensaft sollen jetzt durch Injectionen von chemisch reinem Spermin, das in jenem Safte enthalten ist, ersetzt werden. Der erste Versuch, dem wohl bald andere folgen werden, ist in dem Laboratorium des grossen amerikanischen Geschäftes Parke, Davis & Comp. angeblich mit Erfolg an einem 70j. Neger angestellt worden. Es sollen täglich 1—2 subcutane Injectionen mit folgender Lösung nöthig sein: Spermini hydrochlorici 0,1, Aq. dest. 8,0, Glycerini purissimi 0,2. — Kobert, der in „Fortschr. d. Med. № 21" über das Spermin berichtet, giebt an, dass Schreiner 1878 die früher schon bekannten Spermakrystalle als phosphorsaures Spermin richtig erkannt habe. K. selbst hat das salzsaure Spermin schon vor Jahren Thieren subcutan injicirt und gar keine Wirkung gesehen; auf Steigerung des sexuellen Triebes hat er nicht geachtet.

(Int. klin. Rundschau № 50.)

— Bonazzi schlägt an Stelle der Suspensionsbehandlung bei *Ataxie* die *Behandlung mittelst forcirter Vorwärtsbeugung des Körpers* vor und zwar muss die vordere Körperhälfte bis zur Berührung der Kniee gebeugt werden. Dabei wird, wie Versuche am Cadaver zeigen, die Medulla dünner und die Cauda equina stark gespannt; die Wirbelsäule verlängert sich um 6—14 Ctm. (hauptsächlich durch Entfernung der Proc. spinosi). Durch diese Methode erzielt man eine Verlängerung der intervertebralen Löcher und eine Verminderung des Druckes, den daselbst die Nervenwurzeln und die mit ihnen verlaufenden Gefässe erleiden, wodurch die spinale Circulation sehr begünstigt wird. Die Methode ist in der ersten Sitzung $^1/_2$ Minute, später etwas länger angewandt. (Congr. d. ital. med. Ass. — W. med. Woch. № 47.)

— *Aseptisches* und *antiseptisches Seidenpapier* und *Seidenpapiercharpie* (Seidenpapierwolle), die nach den Angaben von Dr. A. Grossich, Primararzt des städtischen Hospitals in Fiume, hergestellt und von ihm seit 2 Jahren als Verbandstoffe an Stelle der einfachen und antiseptischen Gaze und Baumwolle benutzt worden sind, werden vom Director desselben Hospitals Dr. A. v. Giacich warm empfohlen. Antiseptisches Seidenpapier in zwei- oder mehrfacher Lage auf eine frischgenähte aseptische Wunde applicirt, soll immer genügen die prima intentio zu schützen. Noch besser bewährte sich die antiseptische (Jodoform, Sublimat, Carbolsäure etc.) Seidenpapiercharpie, welche G. allen anderen Verbandstoffen vorzieht, weil sie seidenweich, sehr hygroskopisch und dabei sehr voluminös ist. Es besteht in Fiume bereits eine kleine Fabrik zur Herstellung dieser Stoffe. (Leider ist über den Kostenpunct nichts mitgetheilt). (W. med. Woch. № 47).

— Im „Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte" theilt Frei einen Fall von Schlangenbiss (Vipera berus) mit. Der um 11 Uhr beim Beerensammeln gebissene 10-jährige kräftige Knabe, wurde ihm um 6 Uhr Abends gebracht; Gesicht leichenblass, kühl, Puls sehr schwach, starker Brechreiz, Bissstelle über dem rechten Handgelenk; Hand und Vorderarm, z. Th. auch der Oberarm, sind stark geschwollen, hart, kühl, äusserst druckempfindlich. F. machte 3 subcutane Injectionen mit 3% Carbols. (Bissstelle, unter- und oberhalb des Ellenbogengelenks) und legte einen Carbolwatteverband an. Nach $^1/_2$ Std. trat ruhiger Schlaf ein, aus dem der Knabe am folgenden Morgen fast genesen erwachte; die Schwellung war nach 3 Tagen geschwunden.

— *Zur Behandlung des Anchylostomum duodenale.* Sonsino (Gazetta d. Osp. 10) theilt einen Fall eines mit Anchylostomum



behafteten jungen Mädchens mit, bei welchem anfänglich Chlorose diagnosticirt wurde; da aber die gewöhnlichen Curmethoden fehlschlugen, wurde zur mikroskopischen Untersuchung der Faeces geschritten und die Anwesenheit von Anchylostomum constatirt. Auf einige Gaben von 4,0 Thymol pro dosi wurde die Pat. davon befreit. (D. med. Woch. № 33.)

Vermischtes.

— Durch Allerhöchsten Ukas vom 21. December 1889 ist an Stelle des Wirklichen Staatsraths Dr. Zdekauer der ordentliche Professor der militär-medicinischen Academie, berathendes Mitglied des Medicinalrathes und Mitglied des Conseils des Ministers der Volksaufklärung, Wirkl. Staatsrath Dr. Victor Paschutin — *zum Präsidenten des Medicinalrathes* des Ministeriums des Innern ernannt worden, unter Belassung in seinen früheren Stellungen.

— Der stellvertretende Director des Medicinaldepartements, Staatsrath Dr. Ragosin ist als Director des Medicinaldepartements bestätigt worden, unter Beförderung zum Wirklichen Staatsrath.

— *Zum stellvertretenden Rector der Universität Tomsk* ist der dortige Professor der Physiologie, Hofrath Dr. Weliki, ernannt worden.

— An der militär-medicinischen Academie hat sich Dr. Delizyn mit Genehmigung der Conferenz der genannten Academie als *Privatdocent für Anatomie habilitirt*.

— *Ordensverleihungen: Der St. Annen-Orden I. Classe* — dem Director der St. Petersburger Augenheilanstalt, Wirkl. Staatsrath Dr. Graf Magawly. *Der St. Stanislaus-Orden I. Classe* — dem Professor an der St. Petersburger Entbindungsanstalt, Wirkl. Staatsrath Dr. Bidder. *Den St. Wladimir-Orden IV. Classe* — dem Prof. der Pharmakologie in Kiew, Staatsrath Dr. Heubel.

— *Befördert: Zum Geheimrath* — Dr. Joseph Berthenson, Mitglied des medico-philanthropischen Comités, für Eifer und besondere Mühwaltung in diesem Ressort.

— Wie uns von Dorpat mitgetheilt wird, prakticirt der frühere Director der dortigen medicinischen Klinik, Herr Professor Dr. Weil, der seine Stellung wegen Erkrankung aufgeben musste, diesen Winter in *San-Remo*. Wir haben dieser Mittheilung gern die Spalten unseres Blattes geöffnet, weil wir dadurch nicht nur unsern Lesern, welche Kranke an die Riviera senden, sondern auch so manchem Leidenden, der in der Ferne eines erfahrenen ärztlichen Beirathes bedarf, einen Dienst zu erweisen glauben.

— Mit Dr. Ferdinand Hefftler, dessen Tod wir in der vorigen № gemeldet haben, ist wiederum ein geachteter und beliebter Arzt aus unserer Mitte geschieden. Im kräftigen Mannesalter, in noch nicht vollendetem 48. Lebensjahre, ist er auf einer Reise in seine Vaterstadt im Eisenbahnwaggon einem Schlaganfalle erlegen, dessen Vorboten sich übrigens bereits im Sommer 1888 zum ersten Mal gezeigt hatten.

Was den äusseren Lebensgang des Dahingeschiedenen, welcher in der kleinen Stadt Wesenberg (Estland) geboren war, anbelangt, so erhielt er seine Schulbildung in der Petri-Schule in St. Petersburg und widmete sich dann i. J. 1860 dem Studium der Medicin an der medico-chirurgischen Academie. Nach Erlangung des Arztgrades (1866) wurde er Militärarzt und war als solcher successive am Nikolaihospital, in einem Infanterieregiment in Kurland, einem Sappeurbataillon und bei einer Artilleriebrigade thätig. Im J. 1873 erwarb er nach Vertheidigung seiner Dissertation, welche sich auf die Anatomie des Gehirns bezog, die Doctorwürde und wurde dann behufs weiterer Vervollkommnung in's Ausland geschickt. Während des türkischen Krieges war er als Arzt des Garde-Schützenbataillons auf dem Kriegsschauplatze thätig. Nach Beendigung des Krieges wurde H. als Ordinator am hiesigen Ssemenowschen Militärhospital angestellt, von welchem er erst vor Kurzem auf seinen Wunsch an's Nikolai-Militärhospital versetzt wurde. Neben seiner dienstlichen Stellung erfreute er sich auch einer ausgebreiteten Privatpraxis.

Hefftler's Tüchtigkeit, sein offenes und liebenswürdiges Wesen, sowie sein stets sprudelnder Humor gewannen ihm in der Gesellschaft sowohl, als auch am Krankenbette viele Freunde, die ihm gewiss ein treues und liebevolles Andenken bewahren werden. Bernhof.

— *Verstorben*: 1) Am 27. December a. pr. in Reval der Arzt an der Revaler Flotten-Halbequipage, Dr. Ernst Frey, 42 Jahre alt. Als Sohn des bekannten früheren Inspectors der Annenschule Adam Frey in St. Petersburg geboren, erhielt er an der genannten Anstalt seine Schulbildung und bezog darauf die Universität Dorpat, an welcher er im Jahre 1874 die Doctorwürde erlangte. Nachdem er hierauf ein volles Decennium als Ordinator am Landschaftshospital zu Perm gewirkt, siedelte er nach Reval über, wo er neben der dienstlichen Stellung eines Marinearztes auch Privatpraxis ausübte. Ein chronisches Lungenleiden, welches in Folge der Influenza in verstärktem Maasse auftrat, setzte seinem Leben das Ziel. Mit Frey ist eine reich und vielseitig veranlagte Persönlichkeit, ein Mann, bei dem sich ein reges geistiges Leben mit warmer Empfindung des Herzens in sympathischer Weise paarte, in's Grab gesunken. 2) Am 6. December auf dem Gute Autzhof in Kurland der freiprakticirende Arzt, Dr. Paul Schutow, an einer Lungenentzündung, die sich an die Influenza schloss. Der Hingeschiedene war zu Goldingen geboren und erzogen und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, welche er im Mai 1888 absolvirte. Trotz seiner erst kurzen ärztlichen Thätigkeit war Sch., um seines Charakters, um seines guten, gemüthvollen Wesens willen geschätzt und geliebt. 3) In Wien am 24. December n. St. der ausserordentliche Professor der Neurologie an der Wiener Universität und Leiter des Ambulatoriums für Elektrotherapie im Allgemeinen Krankenhause, Dr. Moriz Rosenthal, im 56. Lebensjahre an Urämie in Folge chronischer Nephritis. R. wurde i. J. 1858 in Wien zum Dr. medicinae promovirt, habilitirte sich 5 Jahre später als Docent für Neuropathologie daselbst und wurde 1875 zum ausserordentlichen Professor ernannt. Ausser zahlreichen kleineren Arbeiten auf dem Gebiete der Nervenheilkunde, hat Rosenthal zwei grössere Werke: eine „Klinik der Nervenkrankheiten" und ein „Handbuch der Elektrotherapie" herausgegeben, welche in andere Sprachen übersetzt worden sind und ihm einen grossen Ruf erworben haben.

— Die *feierliche Eröffnung des VIII. Congresses russischer Naturforscher und Aerzte* fand am 28. December a. p. im Saale der Adelsversammlung in Gegenwart des Grossfürsten Konstantin Konstantinowitsch, welcher das Ehrenpräsidium übernahm, des Ministers der Volksaufklärung, vieler Würdenträger und eines zahlreichen Publikums statt. Zunächst richtete der Minister der Volksaufklärung eine kurze Ansprache an die Versammlung und erklärte mit Genehmigung des Grossfürsten den Congress für eröffnet. Nachdem sodann Prof. A. Beketow im Namen des Organisationscomités und der St. Petersburger Universität die Naturforscher und Aerzte begrüsst und des Gründers dieser Congresse, des Prof. Kessler, pietätvoll gedacht hatte, bewillkommnete das Stadthaupt Lichatschew im Namen der Stadt die Congressmitglieder. Hieran schloss sich die Verlesung des Rechenschaftsberichtes des Organisationscomités durch den Secretär Prof. Dokutschajew. Nach Zählung der beim Eintritt in den Saal abgegebenen Stimmen erwiesen sich als gewählt: zum ersten Präsidenten — Prof. Mendelejew (welcher wegen Krankheit ablehnte), zum zweiten — Prof. A. Beketow; zu Vicepräsidenten die Professoren Sklifassowski und Stoletow (Moskau); zu Delegirten in das Organisationscomité — die Professoren Morkownikow (Moskau), Schischkow (Charkow), Klossowski (Odessa), Stuckenberg (Kasan), Jermakow (Kijew), Thoma (Dorpat), Baranezki (Kijew), Hjelt (Helsingfors) und Lukjanow (Warschau); zum Secretär des Congresses — Prof. Dokutschajew. Einen ausführlicheren Bericht über den Congress bringen wir nach Schluss desselben.

— Zum Nachfolger des verstorbenen Prof. Jacobson auf den Lehrstuhl der Augenheilkunde in Königsberg ist Prof. Hippel aus Giessen ernannt worden.

— Am 30. December a. p. fand die *Bestattung der irdischen Ueberreste* Prof. Botkin's unter zahlreicher Betheiligung der Residenzbevölkerung auf dem Friedhofe des hiesigen Nowodewitschi-Klosters statt.

— Von den verschiedenen Vorschlägen, das Andenken Prof. Botkin's durch eine wohlthätige Stiftung dauernd zu sichern, hat der, ein *Botkin-Haus zur Unterbringung und Verpflegung bedürftiger Aerzte, ihrer Wittwen und Waisen* zu gründen, am meisten Anklang gefunden und dürfte die Realisirung dieser Idee nicht lange auf sich warten lassen.

— Unsere Stadtduma hat beschlossen, die eingerichtete 12. Krankenpalate im städtischen Barackenhospital *„Botkin'sche Palate"* zu benennen.

— Der „Regierungsanzeiger" veröffentlicht einen *Allerhöchsten Befehl über die Verleihung von Rechten des Staatsdienstes an Aerzte*, welche zur Bekämpfung von epidemischen Krankheiten abcommandirt werden.

— Die von dem kürzlich verstorbenen Dr. H. Gaehtgens in Riga gegründete orthopädische Heilanstalt für Massage und Heilgymnastik wird, wie verlautet, von Dr. H. v. Boehlendorff übernommen und weiter fortgeführt werden.

— Von dem Nachlasss des verstorbenen Prof. Volkmann (Halle) soll laut testamentarischer Bestimmung *nur* eine *Monographie über den Krebs*, welche er kurze Zeit vor seinem Tode beendigt hat, veröffentlicht werden. Sein früherer Assistent Prof. F. Krause wird die qu. Arbeit herausgeben. Es sollen sich im Nachlass noch zahlreiche Manuscripte wissenschaftlichen und belletristischen Inhalts befinden, welche aber von dem Verfasser nicht für den Druck bestimmt sind.

— *Die Kaiserlich Leopoldinisch-Carolinische deutsche Academie der Naturforscher* hat *Emin Pascha* zu ihrem *Mitgliede* ernannt.

— Die grosse und werthvolle Bibliothek des vor Kurzem verstorbenen Professors Eichwald ist von der militär-medicinischen Academie angekauft worden.

— Prof. v. Bergmann (Berlin) ist an Stelle des verstorbenen Prof. v. Volkmann in die Redaction des Centralblattes für Chirurgie eingetreten.

— Die Marschallin der Heilsarmee, Frau *Booth - Chilborn*, welche an Krebs erkrankt ist, hat einen *Preis von 100,000 Frcs. für den Arzt ausgesetzt*, der ihre Gesundheit wiederherstellen wird.

— Die *Influenza* hat sich jetzt wohl über den ganzen Erdball ausgebreitet. Gleichzeitig ist die Zahl der Todesfälle in den letzten Wochen überall eine ungewöhnlich grosse gewesen. Am schlimmsten scheint die neue Welt zu leiden. So wird z. B. aus New-York gemeldet, dass dort am 7. Januar n. St. in 24 Stunden 250 Todesfälle (welche Zahl dort bisher noch nie erreicht worden ist) vorgekommen sind, von denen allein 130 auf die Influenza und aus derselben hervorgehende Krankheiten zurückzuführen sein sollen.

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 24. December 1889 5548 (238 weniger als in der Vorwoche), darunter 154 Typhus- (13 weniger), 592 Syphilis- (31 weniger), 86 Scharlach- (2 mehr), 14 Diphtherie- (6 weniger), 44 Masern- (8 mehr), 7 Pocken- (2 mehr) und 144 Influenza-Kranke (57 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

— Die Landschafts-Versammlung des Kreises *Krestzy* (Gouv. Nowgorod) hat beschlossen, in jedem Gemeindebezirk (волость) einen Arzt anzustellen mit einem Jahresgehalt von 600 Rbl. und dem Recht, von jedem Kranken (mit Ausnahme der an epidemischen Krankheiten Leidenden) eine Zahlung von 10 Kop. zu erheben. Die Fahrten zu den Kranken geschehen auf Kosten dieser letzteren; nur in denjenigen Fällen, in welchen der Arzt vom Landschaftsamt abcommandirt wird, stehen ihm die Landschaftspferde unentgeltlich zur Verfügung.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 17. bis 23. December 1889.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
295	226	521	74	39	74	14	4	10	64	57	53	50	53	23	5	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exant. 2, Typh. abd. 10, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 4, Pocken 0, Masern 7, Scharlach 23, Diphtherie 6, Croup 3, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 24, Erysipelas 0, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicämie 9, Tuberculose der Lungen 114, Tuberculose anderer Organe 1, Alcoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 32, Marasmus senilis 19, Krankheiten des Verdauungscanals 46, Todtgeborene 22.

☞ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 9. Januar 1890. Einzahlung des Mitgliedsbeitrages und des Abonnements auf die St. Petersb. Med. Wochenschr.

☞ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 15. Januar 1890.

Дозв. ценз. Спб. 5 Января 1890 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.

XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Ed. v. Wahl, Dorpat. Dr. Th. v. Schröder, St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 2 St. Petersburg, 13. (25.) Januar 1890

Purpura fulminans (variolosa?).

Von
Dr. E. Moritz.
St. Petersburg.

Im Folgenden beabsichtige ich über 2 Krankheits- und Todesfälle zu berichten, welche mit einander soviel Aehnlichkeit haben, dass ich nicht anstehe für beide die gleiche Diagnose in Anspruch zu nehmen, obgleich der 2. manche Bedenken zulässt.

I. Der Kaufmann J. L., von jüdischer Herkunft, 37 J. alt, ein kräftiger, sehr gut genährter Mann mit frischer Gesichtsfarbe, tadellos reiner Haut, erkrankte am 8. Sept. 1886 Vormittags mit heftigen Rücken- und Lendenschmerzen. Er kam von seiner Landwohnung an der finnischen Bahn zur Stadt und stieg im Hôtel de France ab, wo ich ihn am Abend desselben Tages sah. Er wand sich hin und her vor Schmerz, den er im Rücken, in der Lumbalgegend localisirte; keine Druckempfindlichkeit, die Haut normal. Temp. 37,5, Zunge rein, kein Appetit; der Urin klar. An den inneren Organen nichts Abnormes zu finden.

In der Meinung, eine heftige Lumbago vor mir zu haben, verordnete ich Natr. salicyl.

9. Sept. Mehrmals Erbrechen, die Nacht schlaflos, Fortdauer der Schmerzen; 2 Mal heisses Bad ohne Erleichterung; — gegen Abend wird die Zunge dick weiss belegt, wiederholtes Würgen; es entsteht Verdacht auf Variola. Pat. ist in seine Wohnung in der Gorochowaja umgezogen, wo inzwischen die Familie vom Lande eingetroffen; doch wurden die Kinder nicht zum kranken Vater gelassen, sondern direct zu einem in der Nähe wohnenden Bruder fortgebracht.

10. Sept. Es zeigen sich an den Schenkeln zahlreiche rothe Flecke, die Temp. ist auf 40,6 gestiegen, Zunge dick weiss belegt, wie mit Kreide bedeckt, Rückenschmerzen andauernd. Die Nacht war wieder fast schlaflos gewesen. Einige Dosen Antipyrin drückten die Temp. nur wenig herab, das Allgemeinbefinden war sehr schlecht, Puls beschleunigt, voll. Urin eiweisshaltig. Die Diagnose Variola wurde nunmehr ausgesprochen: die aufgetretenen Flecke wurden als Prodromal-Exanthem aufgefasst. Am Abend waren einzelne Flecke hämorrhagisch.

11. Sept. Am Morgen sah ich den Pat. mit Dr. Löwenson, mit welchem wir von da ab gemeinsam behandelten. Das hämorrhagisch-fleckige Exanthem hatte sich vermehrt, breitete sich im Laufe dieses Tages immer weiter aus und bedeckte Abends den ganzen Körper. Die Hände und Füsse, der Rücken, Hals und Kopf waren voll von blauschwarzen cutanen Hämorrhagien, die vielfach zusammenflossen und stellenweise grosse Flächen-Extravasate bildeten, doch ohne erhebliche Schwellung. Subjectives Befinden sehr schlecht, Unruhe, Präcordialangst, Puls bisweilen intermittirend, kleiner. Temp. anhaltend 40,0 und darüber. Ord.: Campher.

12. Sept. Am Morgen nach einer ziemlich unruhigen Nacht subjective Erleichterung, Puls 90, voller. Im Laufe des Tages Verschlimmerung: hämorrhagische Schwellung im Rachen, der Conjunctiva, der Nase, — Absonderung blutigen Schleims, Urin blutig tingirt. Die cutanen Hämorrhagien meist confluirt zu grossen blauschwarzen Flächen, so z. B. die ganze Schädeldecke (Glatze) schwarz. Am Abend beginnende Bläschenbildung über den ganzen Körper sowohl auf den hämorrhagischen, als auf den wenigen frei gebliebenen (an der Brust) Hautflächen.

13. Sept. In der Nacht Schlingbeschwerden, frequentes Athmen, Trachealrasseln, Puls klein, frequent, intermittirend. Vormittags 11 Uhr exitus. Im Moment des Todes waren die Bläschen als kleine, mit hämorrhagischem Inhalt gefüllte, gleichmässige Buckel über den ganzen Körper fühlbar, etwa 2—3 Mm. im Durchmesser.

Dieser perniciöse Fall muss wohl ohne Zweifel als *Purpura hämorrhagica variolosa* [1]), als hämorrhagische Pockenerkrankung im Prodromalstadium bezeichnet werden; das Eruptionsstadium, das Aufschiessen der eigentlichen Pocken-Efflorescenzen begann erst 16 Stunden vor dem Tode. Die Diagnose wird aber noch durch das Vorhandensein aller charakteristischen Symptome des Prodromal- oder Invasionsstadiums gestützt. Besonders der heftige Rückenschmerz, das hohe Fieber, das charakteristische Aussehen der Zunge — hatten schon vor jedem Exanthem den Verdacht beginnender Variola erweckt. — Der Fall war natürlich den Autoritäten angezeigt worden und die von denselben angestellten Nachforschungen ergaben, dass in dem Hause, welches Pat. bewohnte und wo auch sein Geschäftslocal sich befand, ein Pockentodesfall vor Kurzem vorgekommen war. Die Closete beider Wohnungen liefen in dasselbe Rohr. Es wurde noch von einem 2. Fall in jenem Hause gesprochen, doch habe ich darüber nichts Sicheres erfahren.

II. R. H., kräftiger, sehr gesunder 44-jähriger Mann, technischer Leiter einer grossen Fabrik, — erkrankte in der Nacht vom 9./10 Nov. unter Schüttelfrost an Influenza. Pat., den ich von Jugend auf kenne, trinkt absolut gar keine Spirituosen, raucht nicht, hat nie Lues gehabt. Am 10. Nov. sah ich ihn, — das Fieber war sehr hoch — 40° und darüber, Gliederweh, Uebelkeit, etwas belegte Zunge, leichte Heiserkeit; Milz nicht deutlich vergrössert, jedenfalls nicht palpabel. Nach 20 Gran Antipyrin trat Erbrechen und Würgen ein, das den Pat. sehr quälte.

11.—13. Nov. Das Fieber fiel allmälig auf ca. 38,0°; das Würgen bei jedem Versuch zu essen oder etwas Warmes zu trinken,

[1]) Mehlhausen (Berl. klin. W. 1880, S. 307) berichtete in der Sitzung der Charité-Aerzte vom 13. Mai 1880 über einen ähnlichen Fall, welcher erst am Tage vor dem Tode diagnosticirt werden konnte.

Vergl. noch Jürgensen: Lehrb. der spec. Path. und Therapie. II. Aufl. 1889, pag. 297; Curschmann: Handb. der spec. Path. und Therapie v. Ziemssen II, 2, und Kaposi: Pathol. u. Ther. d. Hautkr. 1887, pag. 255.

fortwährende Uebelkeit dauern fort; Nachts Transpiration, wenig Schlaf, Gefühl grosser Mattigkeit und Schwäche.

14.—16. Nov. Allmälige Besserung der erwähnten subjectiven Beschwerden, anscheinend kein Fieber (nicht gemessen) — andauernde Appetitlosigkeit.

17.—24. Nov. Pat. fühlt sich soweit wieder gesund, dass er täglich auf einige Stunden hinausgeht und seine Thätigkeit in beschränktem Maasse wieder aufgenommen hat. Die Temperaturen übersteigen noch bisweilen 37,0° — es wurden 37,6, — 37,8, — 37,3 gemessen. Der Appetit ist noch gering, Gefühl von Ermüdung, geringer trockener Husten.

25. Nov. Pat. fühlt sich im Allgemeinen wieder schlechter, fiebernd, appetitlos; leichte Uebelkeit. T. 38.3—38,8; ist heute zu Hause geblieben; auf telephonische Anordnung von mir blieb er zu Bett.

26.—27. Nov. Keine Veränderung. T, 37,4—38,0.

28. Nov. T. 38,2—38,6. Milz palpabel, Leber etwas gross, Zunge leicht belegt, Rachen rein, Leib weich, geringes Gurren in der Ileocoecalgegend, Stuhl normal. Keine Roseola. Kopf frei, Herz und Lungen normal, allgemeines Unbehagen. An diesem Tage sah ich den Pat., untersuchte ihn recht genau und sprach mich dahin aus, dass er unter dem Einfluss einer Infection stehe, — welcher? könne ich nicht sagen — vielleicht Recidiv der Influenza, vielleicht beginnender Abdominaltyphus, vielleicht etwas anderes. Ich empfahl knappe Diät: Milch, Bouillon, Reis, — kein Fleisch — fortgesetzte Ruhe, bei höherem Fieber im Bett; Abends 10 Gr. Chinin.

29. Nov. T. 37,5—37,6. — 5 Gr. Chinin.

30. Nov. T. 37,2—37,5. — 5 Gr. Chinin.

1. Dec. T. 37,2. Im Laufe des Tages fühlt Pat. sich stetig wohler und kräftiger, hat besseren Appetit.

2. Dec. T. 36,6. Hat vortrefflich geschlafen, fühlt sich vollkommen gesund und kräftig, isst mit Appetit. Als ich zur Fabrik in mein Empfangszimmer kam, wurde mir berichtet, er sei ganz gesund und seit dem Morgen wieder in der Fabrik thätig. Doch ehe ich fortfuhr, kam ein Bote, der mich zu ihm in die Wohnung rief — c. 4 Uhr.

Ich fand ihn in seinen Arbeitskleidern, — er war soeben aus der Fabrik zurückgekehrt und erzählte, er habe seine gewohnte Arbeit im Freien und in den Fabriksräumen gethan, zuletzt mit gespreizten Beinen über einem Bottich gestanden, in welchem sich Eis befand, dabei habe er ein eigenthümlich juckendes Brennen an der Innenfläche der Oberschenkel und der Kniee gefühlt und sei nun nach Hause gekommen, um nachzusehen und da habe er denn ein Exanthem gefunden, das er mir zeigen wolle.

Die Innenfläche und ein Theil der vorderen Fläche an beiden Beinen vom halben Ober- bis halben Unterschenkel sind mit dunkelrothen kleinen Flecken bedeckt, von denen viele petechial sind. Die meisten haben in ihrem Centrum eine kleine Erhebung, — geschwellte Schweissdrüsen und Haarbälge. — so dass eine Cutis anserina mit rothem Hof um jeden Balg dargestellt wird. — Das Exanthem juckt ein wenig — sonst nichts Krankhaftes zu entdecken. Ich empfahl zu Hause zu bleiben, im Falle einer Temperatursteigerung zur Nacht etwas Chinin. — Abends T. 38,0. — 5 Gr. Chinin.

3. Dec. Morgens bekam ich telephonisch Nachricht, dass die Nacht schlecht gewesen. Temp. 37,7. Ich war um 1 Uhr zur Stelle.

Ich fand zu meinem Erstaunen an beiden Nasenflügeln blauschwarze hämorrhagische Flecke von der Grösse eines Zwanzigers, einen ebensolchen auf der Glabella, ausserdem neue Purpuraflecke an den Beinen; an den beiden Fusssohlen, besonders an den Fersenballen und den Zehenballen unterhalb der Nagelränder schimmern bläuliche hämorrhagische Flecke durch die dicke Epidermis hindurch. An Zehen und Sohle starke Empfindlichkeit bei Bewegung und Berührung, — an der Stirn nicht. Das gestrige Exanthem an den Schenkeln hat sich vermehrt. — Es wurde mir nun vollständig klar, dass es sich um eine äusserst schwere und seltene Erkrankung handeln müsse — und ich beschloss daher den Fall anderen competenten Collegen vorzustellen. An diesem Tage waren Puls und Temperatur

Morgens	T. 37,7	— Puls 90
4 Uhr	„ 38,7	— „ 96
Abends	„ 38,4	— „ 108

Um 4 Uhr sah ich den Pat. nochmals mit Dr. Kernig. Die hämorrhagischen Flecken an Nase und Stirn hatten sich vergrössert, desgleichen an den Fusssohlen. Am Handrücken beiderseits und hinauf bis zum halben Vorderarm sind Purpuraflecke mit leichter Turgescenz des Gewebes aufgetreten; desgleichen kleine Flecke am behaarten Kopfe. Nasenschleimhaut geschwellt, — dünner, etwas blutiger Ausfluss aus der Nase. Zunge rein, Pharynx frei bis auf die hintere Rachenwand, welche dunkelroth und stark geschwellt ist. Pat. klagt über starke Schmerzen in beiden Füssen und bis hinauf zum Unterschenkel, besonders in den Sohlen und Gehflächen der Zehen, welche sich heiss anfühlen und bei Berührung empfindlich sind, jedoch fehlt jede entzündliche Röthe; Conjunctiven frei, Sensorium frei, Stuhl nach Ricinus normal gewesen; etwas Uebelkeit. Eine sorgfältige Untersuchung ergiebt Herz, Lungen gesund; Milz geschwellt, palpabel, kaum empfindlich, Leber etwas gross, Leib weich, schmerzlos. Urin klar, eiweissfrei.

Die Discussion mit Dr. Kernig über diesen Fall hatte namentlich die diagnostische Frage zu erörtern. Es war klar, dass es sich um schwerste Form einer Infectionskrankheit handeln müsse, aber welche? Von allen discutablen Möglichkeiten schien mir noch die Annahme einer Purpura variolosa die wahrscheinlichste; die äussere Aehnlichkeit des Anblickes unseres Pat. mit dem Fall I war augenfällig. Ein Arznei-Exanthem konnte ausgeschlossen werden, — Pustula maligna und Malleus bieten ein differentes Bild, selbst in ihrer acutesten Form. Stand das hämorrhagische Exanthem in Beziehung zur überstandenen Influenza? — Dann war es jedenfalls eine völlig neue, bisher unbekannte Erscheinung.

Nachts 12 Uhr sah ich den Pat. wieder: das Exanthem, resp. die blauschwarzen Flecken hatten an Zahl und Umfang zugenommen, die Schmerzen in den Füssen wurden weder durch Essigumschläge, noch durch Eis, noch durch Vaselinbestreichung gelindert. Sitzende Stellung mit herabhängenden Füssen gab geringe Erleichterung.

4. Dec. Die Nacht war sehr qualvoll, — $^1/_4$ Gr. Morphium subcutan brachte einige Stunden unruhigen Schlafes; es waren Schlingbeschwerden aufgetreten.

Um $^1/_2$10 Uhr Morgens sah ich Pat. mit dem Collegen Dr. Sperck, welcher die Freundlichkeit hatte mich dorthin zu begleiten. Die Situation hatte sich verschlimmert: an den Ohrläppchen, an den Seiten des Halses waren grössere und kleinere Flecke aufgetreten. die Theile etwas gedunsen. Im Rachen ödematöse Schwellung, die Zunge dick weiss belegt, an ihrem Rande sieht man 2 blauschwarze Extravasate durchschimmern. Eigenthümlicher Fötor ex ore (Pockengeruch?), das Schlingen war beinahe unmöglich, ein Theil der getrunkenen Milch läuft zur Nase heraus, der Ausfluss aus der Nase war jetzt schmierig-eitrig mit leicht blutiger Beimischung, starke Speichelsecretion.

Die Eruption an der Körperoberfläche hat sich noch weiter ausgebreitet, ausser den Schmerzen in den Füssen ist noch ein heftiger Schmerz im rechten Ellenbogen aufgetreten, wo übrigens keine Schwellung erkennbar. Am behaarten Kopfe beginnen einige Flecke auch zu confluiren, die blauschwarze Färbung im Gesicht betrifft die ganze Nase, geht auf die Wangen über, auf der Stirn ist das Extravasat auch grösser. Die Conjunctiven waren beiderseits intact.

Die Berathung mit Dr. Sperck liess die diagnostische Frage ebenso unentschieden wie sie war.

Um 5 Uhr bat ich noch den Collegen Dr. Duncan zu unserem Pat. Jetzt war die Aehnlichkeit mit dem Fall I noch frappanter: die Zungenbeschaffenheit, der eigenthümliche Geruch aus dem Munde, die Erkrankung des Rachens, der blutig eitrige Ausfluss aus Nase und Mund, die Schlingbeschwerden — dabei der vollkommen gleiche Befund an der Haut — das Alles stimmte. Dazu kam noch, dass jetzt etwas Eiweiss im Harn auftrat. Die heftigen Schmerzen in den Füssen und im rechten Ellenbogen konnten als Analogon des im I. Falle so intensiven Rückenschmerzes aufgefasst werden. Daher lautete meine Diagnose wie bisher: Purpura (hämorrhagica?) auf infectiöser Basis, — am wahrscheinlichsten Pocken. Die Temp. war während des ganzen Tages 38,5. Puls 120, allmälig kleiner werdend. Stuhl war nach Clysma gewesen, geformte Scybala.

5. Dec. Die Nacht war sehr qualvoll, Schlingen fast unmöglich, der blutig eitrige Schleim läuft fortdauernd durch den Mund ab. Alle Erscheinungen haben zugenommen, die blauschwarze Färbung hat nahezu die Hälfte der Körperoberfläche eingenommen. P. sehr klein. Bewusstsein klar. Um 12 Uhr Mittags Tod; also Dauer der ganzen letzten Krankheit (4 Stunden weniger als) 3 Tage.

Die *Section* wurde am 6. Dec. ausgeführt von den Herren DDr. Winogradow und de la Croix; zugegen waren noch DDr. Duncan, Stankewitsch und ich. [1])

Die ganze Körperoberfläche bedeckt von grossen, flachen, blauschwarzen Extravasaten und kleinen runden Purpuraflecken, die zum Theil mit einander confluiren. An Hals, Schultern, Schenkeln werden einige dieser letzteren genauer untersucht: sie tragen in ihrem Centrum ein kleines durchscheinendes Bläschen, weniger als Stecknadelkopfgross. Die Blutergüsse in der Haut localisiren sich überall in den oberen Schichten der Lederhaut im Stratum Malpighi, das Unterhautzellgewebe fast überall frei, die Epidermis nirgend blasig abgehoben.[2]) Erhebliche Schwellung findet sich nur zu beiden Seiten des Halses, wo das Zellgewebe blutig infiltrirt ist. Am Kopf, an den Ohren, im Gesicht ist fast totale blauschwarze Färbung der Haut, — ein Theil der Augenlider und die Conjunctiven sind frei. Auf Brust und Bauch sind grössere Hautflächen vorhanden, auf welchen vereinzelte Purpuraflecke stehen (auch mit hellem Köpfchen). Am Rücken, den Nates, den Extremitäten sind confluirende blauschwarze Flächen. Hervorzuheben ist, dass die kleinen centralen Bläschen mit hellem

[1]) Ich berichte die Section nach eigener Wahrnehmung, nicht nach dem officiellen Protokoll.

[2]) Cf. Wyss: Zur Anatomie der hämorrhag. Pocken und der Purpura variolosa. Arch. für Dermat. und Syph. 1871, pag. 532.



Inhalt — 24 Stunden vorher — während des Lebens *nicht* vorhanden waren.

Die Schleimhaut des Rachens diffus hämorrhagisch geschwellt, in den Wangen, den Lippen submucöse Extravasate. Die Zunge braunroth, trocken, enthält ebenfalls mehrere oberflächlichere hämorrhagische Flecken. Die Schwellung, Röthung und blutige Durchtränkung erstreckt sich bis auf den Isthmus faucium und den Kehlkopfeingang; die Nasenschleimhaut ist diffus ergriffen. Im lockeren Halszellgewebe neben Pharynx und Larynx diffuse Infiltration und beiderseits ca. pflaumengrosse Hämorrhagien. Halslymphdrüsen weich geschwellt, dunkelroth.

Kehlkopf, Trachea, Bronchien überall von normaler Schleimhaut bekleidet. In den abhängigen Lungenpartien Hyperämie, die oberflächlichen normal. Vereinzelte kleine subpleurale Ecchymosen.

Herz von normaler Grösse, Klappen und Endocardium intact; seine Muskulatur im Zustande frischer parenchymatöser Degeneration, welk, verfärbt.

Oesophagus frei. Im *Magen* einzelne dunkelrothe Flecken von ca. 2 Ctm. Durchmesser, — sonst die gesammte Schleimhaut des Verdauungscanales gesund.

Leber, *Milz*, *Nieren* von normalen Dimensionen, zeigen trübe Schwellung; die Milzcapsel etwas gerunzelt. Nierencapseln leicht abziehbar.

Die inguinalen Lymphdrüsen gross, hyperämisch.

Ueber das Resultat der bacteriologischen Untersuchung der Organe berichtet Dr. de la Croix Folgendes: „Es wurden von mir Deckglas-Trockenpräparate aus dem Inhalte der Hautbläschen, sowie aus dem Blute mit Gentianaviolett, ferner mit dem Mikrotome angefertigte Schnitte aus der Haut, der Milz und Leber nach der Löffler'schen Methode mit alkalischem Methylenblau gefärbt. Hierbei erwiesen sich im Papillarkörper der Haut zwei differente Bacterienformen, von denen die eine, die Farbstoffe bedeutend schwächer fixirende, sehr kleine Kokken resp. feinste, sehr kurze Bacillen darstellte, welche in den Lymphräumen ihren Sitz zu haben schienen und mich ausnehmend an jene feinsten Gebilde erinnerten, welche ich während der Influenzaepidemie so häufig in den Sputis und dem Nasensecrete verschiedener Patienten gesehen habe, während eine zweite Form bedeutend grössere, deutlich runde Kokken repräsentirte, welche sich mit alkalischem Methylenblau dunkelblau färbten und meist in den Capillaren der Papillen sassen. Dieselben Gebilde, namentlich die grösseren besser gefärbten Kokken fanden sich auch im Blute, in der Milz und besonders zahlreich in der Leber. Dieser letztere Befund stimmt recht gut mit dem von Weigert[4]) und anderen Autoren bei der Untersuchung der Gefässe der Hautpocken, sowie der „pockenähnlichen" Herde innerer Organe beschriebenen überein, ohne dass man nach dem heutigen Standpuncte der bacteriologischen Wissenschaft berechtigt wäre, diese Kokken für das specifische Pockenvirus anzusehen, sondern sie eher als Theilerscheinungen einer pyämischen Secundärinfection betrachten muss".

Der soeben mitgetheilte Fall rechtfertigt die Bezeichnung *Purpura fulminans*, welche Henoch[5]) vor 3 Jahren (Berl. med. Gesellschaft, 15. Dec. 86) eingeführt hat, um damit 3 Fälle zu betiteln, welche dem unseren in vielen Beziehungen gleichen, nur mit dem wesentlichen Unterschiede, dass seine Patienten Kinder von $2^1/_2$, 3 und 5 Jahren waren. Auch in unserem II. Falle waren Schleimhautblutungen eigentlich nicht vorhanden, — es war nur eine mässige Beimischung von Blut im Ausfluss aus Nase und Rachen. Er hat diese Bezeichnung gewählt, um diese Erkrankung von der Purpura hämorrhagica (Morbus maculosus Werlhofi) zu scheiden, welche sich durch Schleimhautblutungen charakterisirt und von welcher Förster[6]) sagt: sollte doch der Tod erfolgen, dann bilden massenhafte Schleimhautblutungen die Vermittelung. In der That ist es so; — der Morbus maculosus, die acute hämorrhagische Diathese, wird bisweilen tödtlich, aber nur durch wiederholte Blutungen unter zunehmender Anämie und Kräfteverfall — davon habe ich manche traurige Beispiele gehabt; doch niemals einen so foudroyanten Verlauf einer Purpura, — weder mit noch ohne freie Hämorrhagien gesehen, wie in diesem Falle. Bekanntlich befällt der Morb. macul. Werlhofi geschwächte Individuen, besonders nach schweren Infectionskrankheiten. R. H. jedoch bot noch am 2. Dec. trotz der vorangegangenen Influenza das Bild eines robusten, von Gesundheit strotzenden Mannes. Die äussere Erscheinungsform lässt sich wohl bezeichnen als Purpura fulminans confluens, — damit ist aber kein essentieller Krankheitsbegriff gegeben.

Wenn wir an die Erörterung der Frage gehen, welche der bekannten Krankheiten hier in so ungewöhnlicher, foudroyanter Form aufgetreten, dass sie tödtete, ehe sie sich demaskirte, so versteht sich zunächst von selbst, dass es nur eine Infectionskrankheit sein konnte. Das wird bewiesen durch Fieber, Milzschwellung, den rapiden Verfall der Herzkraft und besonders durch den Sectionsbefund: die acute parenchymatöse Degeneration der Organe, die Infiltration der Lymphdrüsen, die Mikrokokken in den kleinen Bläschen.

Eine ganze Anzahl von Infectionskrankheiten giebt es, bei welchen Hämorrhagien vorkommen können, doch sind dieselben ohne Weiteres auszuschliessen — also septische Endocarditis, Rotz, Milzbrand, Scarlatina, Diphtheritis, Typh. exanthem. — das Krankheitsbild passt absolut nicht dazu.

Es bleibt von allen bekannten Krankheiten nur noch die Variola übrig, die einigermaassen alle beobachteten Erscheinungen im Leben, sowie den Sectionsbefund erklärt. Die grosse Uebereinstimmung der Erscheinungsform in Fall II mit dem Fall I: am Abend vor dem Tode, also im Beginn des 3. Krankheitstages, war das Aussehen des Patienten genau dasselbe wie bei Herrn J. L. am Abend des 11. Sept. 86, also am 4. Krankheitstage — das war für mich das am meisten gravirende Moment. Als zweites führe ich die Schleimhautaffection in Nase und Rachen an und besonders die charakteristische Beschaffenheit der Zunge mit dem eigenthümlichen Foetor. Die Zunge bekam ihr eigenthümliches, dick-kreidiges-trockenes Aussehen bei R. H. 36 Stunden nach der Erkrankung, bei J. L. am Abend des 9. Sept., also ungefähr nach 32—34 Stunden.

Ein drittes Argument zu Gunsten der Annahme von Variola bilden die bei der Section constatirten feinsten Bläschen, welche im Leben nicht vorhanden waren. Sie sind also zum Vorschein gekommen am 4. Krankheitstage und können sehr wohl aufgefasst werden als erste Anlage der eigentlichen Pockenpusteln. Warum sollten die Variola-Mikroben nicht noch nach dem Tode des Wirthes weiter leben und eine Verflüssigung ihres Nährbodens bewirken können? — hat doch das Mikroskop im Bläscheninhalt zahlreiche Mikrokokken ergeben.

Das sind die Stützen meiner Vermuthung, dass es sich auch in dem Falle R. H. um eine Purpura fulminans variolosa gehandelt habe.

Ich gebe gern zu, dass diese Hypothese anfechtbar ist — und will sogleich auf einige Unterschiede zwischen den beiden Fällen I und II aufmerksam machen: Vor Allem war der Beginn der Erkrankung, dann das Einsetzen des Prodromalexanthems, die Höhe des Fiebers bei J. L. ganz legal der Pockenerkrankung entsprechend. Bei R. H. war das erste Krankheitssymptom überhaupt — das Exanthem, — das Fieber stieg erst nachher auf 38, erreichte überhaupt nie einen hohen Grad. Um dies zu erklären, könnte der Umstand herangezogen werden, dass die Stellen der ersten Efflorescenzen anhaltender starker Abkühlung (Eisbottich) ausgesetzt worden, die nächstdem betroffenen Stellen — Stirn und Nase jedenfalls auch am 2. Dec. mehr Kälte als die übrigen Körpertheile auszuhalten hatten. Die relativ geringe Steigerung der Eigenwärme wäre anzusehen als Folge des foudroyanten Charakters der Infection, welche eine energische Reaction des Organismus nicht zur Entwickelung kommen liess. — Ferner kam es bei J. L. am 5. Krankheitstage zum Aufschiessen eines allgemeinen Bläschenexanthems — bei R. H. nicht, er erlebte es eben nicht mehr. Endlich darf ich nicht verschweigen, dass bei J. L. eine muthmaassliche Ansteckungsquelle gefunden wurde, im Falle R. H. — nicht.

Zum Schluss will ich wiederholen, dass ich den letztbeschriebenen Fall von Purpura fulminans confluens zwar für das Prodromalstadium einer Variolaerkrankung halte, —

[4]) P. Baumgarten: Lehrbuch der pathol. Mykologie 1887, pag. 391.

[5]) Berl. kl. W. 1887, № 1.

[6]) Gerhardt: Handbuch d. Kinderkrankheiten III.



doch ist mir selbst nicht jeder Zweifel beseitigt. Wenn es aber nicht Purpura variolosa war, dann ist es sicher weder Morb. Werlhofi, noch eine der oben genannten Infectionskrankheiten, sondern — wie mir scheint — etwas Neues, bisher noch nicht Beschriebenes.

Ob man es wagen darf, die allerdings recht schwere Influenzainfection, welche R. H. soeben überstanden hatte, für die letzte Krankheit verantwortlich zu machen? Freilich war die Milz 4 Tage *vor* dem Ausbruch der Purpura erheblich geschwellt, palpabel, etwa ebenso gross wie am 2. Krankheitstage, — doch genügt das wohl nicht zur Begründung einer Beschuldigung gegen unsere im Ganzen doch gutartige Grippeepidemie. In der mir zugänglichen Influenza-Literatur habe ich nichts Aehnliches gefunden. Vielleicht, dass in älteren Quellen sich mehr finden lässt, — für die jetzt lebende ärztliche Generation wäre es darum nicht weniger neu.

Referate.

O. Bollinger: Ueber den Einfluss der Verdünnung auf die Wirksamkeit des tuberculösen Giftes. (Münch. Med. W. № 43, 1889).

Vortragender berichtet über eine unter seiner Leitung im pathologischen Institut zu München von Dr. Franz Gebhardt ausgeführte Arbeit. Es wurden Versuche angestellt zur Prüfung der Infectiosität gewöhnlicher Marktmilch. Derartige Sammelmilch, die 10 verschiedenen Verkaufsstellen entnommen war, wurde auf 10 Meerschweinchen intraperitoneal verimpft (2 Ccm.). Die Thiere nach 6 Wochen getödtet — erwiesen sich bei der Section nicht tuberculös. Weiterhin wurden Milchproben, die direct aus dem gesunden Euter tuberculöser Kühe nach der Schlachtung entnommen wurden, mit Wasser in bestimmten Verhältnissen verdünnt. Die durch intraperitoneale Impfung solcher Milch festgestellte Virulenz erlosch in einem Falle bei einer Verdünnung von 1:40, in einem weiteren bei 1:50 und in einem dritten Falle erst bei 1:100. Es erweist sich somit, dass die virulente Milch tuberculöser Kühe durch eine gewisse Verdünnung ihre infectiösen Eigenschaften einbüsst, während umgekehrt der lange Zeit fortgesetzte Genuss derartiger unverdünnter Milch gefährlich sein dürfte; ebenso wenn jemand ausschliesslich die Milch *einer* tuberculösen Kuh geniesst. Durch Verdünnung virulenter Milch mit gesunder wird die Gefahr entsprechend abgemindert und die Milch vielfach unschädlich gemacht. Behufs Vermeidung der tuberculösen Infection wird deshalb die aus grossen Milchwirthschaften bezogene Milch immer den Vorzug verdienen gegenüber jener Milch, die von einzelnen Thieren stammt. Fortgesetzter Genuss sogenannter kuhwarmer Milch, die ja in der Regel von einer einzigen Kuh stammt, ist demnach zu vermeiden. Versuche mit bacillenhaltigem Sputum der Phthisiker beweisen seine, im Vergleich zur Milch tuberculöser Kühe, sehr viel stärkere Infectionsfähigkeit, indem es selbst durch eine Verdünnung von 1:100000 seine virulente Wirkung nicht einbüsst. Der Infectionsmodus (subcutan, intraperitoneale Impfung oder Inhalation) spielt dabei keine Rolle. Dagegen wurde durch Fütterung von 2 Ccm. Sputum in einer Verdünnung von 1:8 kein positives Resultat erzielt. Reinculturen erwiesen sich virulent bei einer Verdünnung von 1:400000. Je grösser die Menge des aufgenommenen Giftes, um so rascher erfolgt seine weitere Verbreitung im Körper. Mit Hilfe des Blutkörperchen-Zählapparates konnte festgestellt werden, dass bei einem Meerschweinchen etwa 820 Bacillen genügen, um eine tödtliche Tuberculose hervorzurufen. Ausserdem liessen die Versuche den Schluss zu, dass das subcutane Bindegewebe, das Peritoneum und die Lungen sich für die Aufnahme und Vermehrung des tuberculösen Giftes sehr disponirt und als ziemlich gleichwerthig erweisen, während der Verdauungstractus bei der intestinalen Infection sich erheblich widerstandsfähiger zeigt.

Mobitz.

M. Weiss (Wien): Zur Therapie der Ischias. (Centralblatt für die gesammte Therapie. 1889, I. Heft).

Nachdem Verf. die verschiedenen Behandlungsmethoden der ischiadischen Neuralgie besprochen, insbesondere die medicamentöse Behandlung derselben mittelst der bekannten Antineuralgica (Natrium salicylicum, Antipyrin, Acetphenetidin und Antifebrin), betont er den Umstand, dass unter allen therapeutischen Maassnahmen gegen Ischias unzweifelhaft der Elektricität in ihren beiden Formen, dem constanten und inducirten Strome, und der Hydriatik der Vorrang gebührt.

Bezüglich der galvanischen Behandlung gelten folgende Methoden:

1) Anode auf die Lenden-Kreuzbeingegend, die Kathode auf die verschiedenen points douloureux je 3—6 Minuten in stabiler Application.

2) Anode auf die verschiedenen Druckschmerzpuncte, Kathode auf die Kreuzbeingegend.

3) Eine Elektrode in den Mastdarm, die andere auf das Os sacrum (Benedict).

4) Nach Ciniselli wird eine Metallplatte (Kupfer), die mit feuchtem Flanell überzogen ist, der Kreuzbeingegend, die andere (Zinkplatte) der hinteren Fläche des kranken Ober- (resp. Unter-) Schenkels applicirt; beide Metallplatten sind durch Draht mit einander verbunden. Die Application dauert hiebei Stunden, ja Tage lang.

5) Nach Remac werden einzelne Abschnitte des Nerven von 6—12 Zoll Länge nach einander unter die Einwirkung des Stromes gebracht; hiebei wird am Kreuzbein begonnen und bis zum Fuss herabgegangen.

6) Faradische Pinselung der hinteren Fläche der erkrankten Unterextremität und darauffolgende stabile Galvanisation durch 10 Minuten. Das zu einer zweckmässigen galvanischen Behandlung nothwendige Instrumentarium besteht aus einer galvanischen Batterie von 20—30 kleineren Leclanché- oder Siemens-Halske-Elementen, einem Graphit- oder Neusilberdrahtrheostaten, einem Edelmann'schen Taschengalvanometer und zweckentsprechenden Elektroden. Die Letzteren müssen durchaus vor Allem biegsam sein, damit sie den betreffenden Körperstellen gut angepasst werden können. Zu dem Behufe wähle man Plattenelektroden, die aus Drahtnetz und aus sehr dünn geschlagenem Blei verfertigt sind, für die Kreuzbeingegend benütze man eine weit über flachhand grosse biegsame Plattenelektrode, zur Application an den verschiedenen schmerzhaften Stellen entsprechend breite und ebenfalls biegsame Flächenelektroden. Bei der Galvanisation des Ichiadicus kann sich die Stromstärke zwischen 5 und 20 Milliampère bewegen, man beginne aber stets, insbesondere bei frischen Fällen, mit der geringsten Stromstärke. Im Allgemeinen sei nur einmal des Tages zu elektrisiren; bei totaler Galvanisation der erkrankten Unterextremität, wobei die sog. Ziemssen'schen Rieseneelektroden zur Verwendung kommen, betrage die Stromesdauer 10—20 Minuten; jede einzelne schmerzhafte Stelle kann durch 5—10 Minuten dem galvanischen Strome ausgesetzt werden. Innerhalb dieser Zeit können die Pole unter vorhergehender Ausschaltung des Stromes 1 bis 2 Mal commutirt werden. In hartnäckigen Fällen ist es sehr zweckmässig, der Galvanisation eine schwache elektrische Pinselung in der Dauer von 2—4 Minuten vorangehen zu lassen.

Zur Kräftigung der durch Nichtgebrauch oder durch neuritische Processe atrophisch gewordenen Muskulatur des kranken Beines und zur Beseitigung des etwa vorhandenen Steifigkeitsgefühls, der Schwere im Beine und der Parästhesien hält Verf. zuerst die elektrische Pinselung des kranken Beines, sodann die elektrische, resp. faradische Massage der Muskulatur für angezeigt.

Die elektrische Behandlung wird unterstützt durch den gleichzeitigen Gebrauch von lauen Bädern (27° C.), welche für die gewöhnliche Ischias ausreichen. In hartnäckigen Fällen muss man noch Douchen von 28° R. anwenden, welche in der Weise ausgeführt werden, dass den Kranken im Bade ein etwa unter einem Athmosphärendruck fallender fingerdicker Wasserstrahl sowohl auf die betreffenden Körpertheile, als besonders unter gleichzeitigem Kneten und Reiben centripetal dem Ischiadicus entlang, während 15 Min. geleitet wird. Nach Beendigung der Douche bleibt der Pat. noch 10 Minuten im warmen Bade und ruht schliesslich noch im Bette aus. Unter den Bädern sind die indifferenten Thermen (Teplitz, Gastein, Ragatz) zu empfehlen. Für veraltete rheumatische Ischiasformen eignet sich am besten der Gebrauch von Moorbädern.

Hess.

O. Rosenbach: Eine einfache Methode der Färbung und Conservirung des Gehirns zu Demonstrationszwecken. (Centralbl. f. Nervenh. № 6.)

Man legt das möglichst frische Organ mit der Pia in 8—10 % wässrige, etwas Alcohol enthaltende Carbolsäurelösung, nachdem man einige Einschnitte in die Pia, welche das Eindringen der Erhärtungsflüssigkeit befördern sollen, gemacht hat. Das Gehirn liegt auf einer Lage Watte oder Fliesspapier und werden Wattebäusche zwischen die Hemisphären, zwischen Klein- und Grosshirn, in die fossa Sylvii u. a. gelegt, um die Flüssigkeit möglichst ergiebig eindringen zu lassen. Die Pia runzelt sich sehr bald, doch muss man 1—2 Tage warten, um sie vollkommen bequem mit 2 Pincetten abzulösen, später wird dieses schwieriger. Nach 3—5 Tagen ist das Gehirn, wenn es vor dem Einlegen nicht zu weich war, völlig gehärtet und kann trocken aufbewahrt werden, besser ist es aber, dasselbe in 3—5 % Carbolsäurelösung zu conserviren, wo es sich unbeschränkte Zeit hält. Dieses Verfahren eignet sich besonders zur Darstellung der äussern Formverhältnisse des Gehirns, weniger zur Demonstration der Farbendifferenz im Innern der Windungen und der Ganglien, die Theile schrumpfen fast gar nicht und behalten eine fast kautschukähnliche Biegsamkeit, es können an so präparirten Gehirnen Totalschnitte von ziemlicher Dünne gemacht werden, auch können an sorgfältig gehärteten Organen Färbungen zu mikroskopischen Zwecken gemacht werden, makroskopische Färbungen der Windungen mit alcoholischen Anilinfarbenlösungen (Fuchsin, Methylenblau) gelingen immer sehr gut.

Hinze.



v. Corval (Baden): Zur Suggestiv-Therapie. Vortr. in d. Balneol. Gesellschaft am 2. März 1889. (D. M. Ztg. 33, 1889).

Verf., selbst „aus einem Saulus zum Paulus geworden durch praktisches Studium", das er bei Dr. Wetterstrand (Stockholm) in 800 Sitzungen von Hypnose nach den Vorschriften der Schule von Nancy gemacht und deren „vorsichtige Anwendung" er für ungefährlich hält, will durch seinen Artikel den Skeptiker „zu einschlagenden Versuchen veranlassen". Eigene Erfahrungen haben in vollem Maasse Alles bestätigt, was Verf. bei Wetterstrand gesehen.

Die überwiegende Zahl der Pat. sei hypnotisirbar, wenn auch in verschiedenem Grade; Kinder und Leute niederen Standes (wegen ihres grösseren Gehorsams und leichterer Unterordnung) am besten, hysterische und nervöse dagegen am schlechtesten (!), „weil dieselben entweder nicht im Stande sind, ihre Gedanken auf das „Schlafen" zu concentriren, oder weil bei ihnen gewollte oder ungewollte Autosuggestionen störend in den Weg treten. Daher auch die Unverwerthbarkeit der Charcot'schen Experimente für die Suggestivtherapie".

Jeder sei im Stande zu hypnotisiren, der seine Gedanken fest auf den gewollten Zweck concentriren könne.

Von den Suggestionsmethoden sei die von Liébeault ausgebildete und von Bernheim entwickelte die gefahrloseste und für die meisten Fälle auch durchaus genügend.

Pat. wird bequem hingesetzt, dann wird ihm befohlen, das Auge des Arztes zu fixiren und die Gedanken auf das Schlafenwollen zu concentriren. Darauf folgt die Verbalsuggestion: „Die Augen werden müde, der Blick trübt sich; Sie haben Mühe, die Augenlider offen zu halten; Arme und Beine werden schwer; die Augen fallen zu; schlafen Sie". In 1/2—3 Minuten erfolgt Schlaf bis zum Somnambulismus (Amnesie nach dem Erwachen). Zuweilen sind die sog. „passes", leichtes Streichen über Kopf, Brust, Arme und Beine der Verbalsuggestion hinzuzufügen und das Fixiren der Augen aufzugeben, statt dessen die Augenlider „nach unten zu schieben und zu schliessen". Physikalischer Hilfsmittel nach Braid bedürfe man nicht, sie „können unter Umständen unangenehme Folgen haben".

Das Erwecken geschehe durch den einfachen Befehl, „Wachen Sie auf", dem man noch die Suggestion, dass Pat. ohne Schwindel und Kopfweh aufwachen solle, vorangehen lässt.

Bezüglich der praktisch-therapeutischen Resultate bemerkt Verf., dass es irrig sei anzunehmen, dass man nur palliative Resultate erziele.

Nach Bernheim's, Wetterstrand's und Verf.'s Erfahrungen eignen sich für die Suggestivtherapie: „Functionelle Neurosen, darunter auch solche, welche nach Ablauf schwerer Läsionen des Centralnervensystems (Apoplexie, Myelitis, sclerotischer Processe) zurückgeblieben sind, hysterische und neurasthenische Beschwerden, vasomotorische Störungen, Unregelmässigkeit der Menses, rheumatische Affectionen u. s. f.", wobei anzunehmen, dass das Gebiet sich noch weiter ausdehnen werde und dass „fortschreitende Erfahrung und nüchterne Beobachtung präcisere Indicationen und Contraindicationen ermöglichen, manche allzu sanguinische Hoffnung vernichten werde".

Unter den Beobachtungen des Vf.'s finden wir äusserst günstige an Alkoholikern, die ganz ohne unangenehme Nebenwirkungen durch Suggestion geheilt worden sind, weniger günstige an Morphinisten und Chloralisten, durchaus negative bei Cocainisten. Weiter wurden Neuralgien (Zahn- und Kopfschmerz, Migräne), Tabes dorsalis, Stottern und Incontinentia urinae geheilt, Epilepsie und Schwerhörigkeit gebessert, ebenso Bronchialasthma. Nochmals betont er, dass Hysterische nicht geeignet seien, wiewohl er notirt, dass in manchen Fällen bei diesen die Wirkung eine geradezu zauberhafte, und zwar nicht nur vorübergehend, sondern auch für die Dauer sei.

Neumann.

Radestock: Ueber Schwitzcuren bei Syphilis. (Therap. Monatsh. 2.)

Verf. hat von folgender Methode sehr gute Resultate gesehen. Sofort nach Auftreten der Primärsclerose werden mehrmals wöchentlich warme Bäder von 30° R. und halbstündiger Dauer bis zum Auftreten des Exanthems bei rein localer Behandlung des Ulcus verabreicht. Bei einer etwaigen Schmiercur werden die Bäder nur an den Ruhetagen gemacht; das nach dem Baden eintretende Schwitzen noch durch Darreichung warmen Thees, durch subcutane Injection von 0,02 Pilocarpin oder durch Anwendung des Schwitzofens verlängert. Die Pilocarpineinspritzungen haben nie nachtheilige Wirkung gehabt, nur schwächen sie den Körper mehr als heisse Bäder und müssen über einen Tag gemacht werden. Bei internem Quecksilbergebrauch lässt R., namentlich in ernsteren Fällen, seine Kranken täglich schwitzen. Die Schwitzcur muss nach dem scheinbaren Erlöschen der Krankheit noch fortgesetzt werden. Eine solche Schwitzcur wird allein Syphilis nicht heilen, ist aber zur Unterstützung der specifischen Behandlung unentbehrlich.

Hinze.



Wissenschaftliche Verhandlungen der Dorpater medicinischen Facultät.

Sitzung am 23. November 1889.

Vorsitzender: Herr R. Thoma.
Berichterstatter: Herr Ed. v. Wahl.

1) Herr Dragendorff spricht unter Hinweis auf eine im Strassburger pharmakologischen Institute verfasste Arbeit Dreser's: **„Ueber das Lobeliin der Lobelia inflata"** (Arch. f. exp. Pathol. und Pharm., Bd. 26, H. 3 und 4), **über die Alkaloide der bezeichneten Pflanze.**

Nach Dreser soll sich Lloyd (Pharmaceutical Journ. Vol. 17, pag. 686) durch eine neuere Bearbeitung das Verdienst erworben haben, die Angabe Procter's über Vorkommen krystallisirter einfacher Lobelinsalze corrigirt und auch die „aus dem Dragendorff'schen Laboratorium stammende Angabe über ein krystallisirbares zweites Alkaloid" auf einen (von Lloyd) Inflatin genannten, nicht alkaloidischen Körper — nach der Ansicht Dreser's ein Stearopten oder Pflanzenwachs — zurückgeführt zu haben. Gegen letzteren Ausspruch, welcher sich gegen eine von Dr. H. v. Rosen ausgeführte „Chem.-pharm. Untersuchung der Lobelia nicotianaefolia" (Diss. Dorpat 1886) richtet, legt Vortr. Protest ein. Davon, dass ein stickstofffreier, harz- oder stearoptenartiger Körper, der doch auch in säurehaltigem Wasser unlöslich sein müsste, von Rosen für ein Alkaloid erklärt worden, könne garnicht die Rede sein. Rosen habe zunächst in der Lobelia nicotianaefolia neben Lobeliin eine zweite, diesem ähnlich wirkende Base aufgefunden und er habe später durch einen Vorversuch es wahrscheinlich gemacht, dass diese zweite Base auch in der L. inflata vorkomme. Zum Beweise, dass Rosen hierzu berechtigt war, legt Vortr. der Versammlung eine in seinem Laboratorium später von Stanisl. Thugutt verfasste Candidatenarbeit, welche am 1. Juni 1886 bei der physiko-math. Facultät eingereicht worden ist, vor. Er verliest aus dieser Abhandlung, welche bisher der Oeffentlichkeit nicht übergeben worden, weil Verf. sich vorbehalten hat, sie später zu einer Magister-Dissertation zu erweitern, die auf das Vorkommen eines zweiten Alkaloides der Lobelia inflata bezüglichen Stellen.

2) Herr Ed. von Wahl spricht: **„Ueber einen ungewöhnlichen Fall von Gehirnverletzung".** (Wird späterer ausführlicher Veröffentlichung vorbehalten).

3) Herr Unverricht stellt einen Patienten vor mit **„Divertikelbildung im Oesophagus"** und zwar, was zu den grössten Seltenheiten gehört, im untersten Theil desselben, etwa 40 Ctm. von der vorderen Zahnreihe entfernt. Ganz spontan waren bei dem Patienten vor 3 Jahren die Erscheinungen der Dysphagie mit Regurgitation nicht nur fester, sondern auch flüssiger Speisen eingetreten. Von ärztlicher Seite wurde die Sondirung versucht, aber zuerst selbst mit feinen Sonden mit negativem Erfolg. Nach wiederholten Sondirungsversuchen fand man die Passage nach dem Magen und nach einiger Zeit war Pat. wieder im Stande, feste und flüssige Speisen ohne wesentliche Beschwerden zu schlucken. Nach mehrmonatlichem normalem Verhalten stellten sich wieder Schlingbeschwerden ein, die nach einiger Zeit durch Sondirung wieder beseitigt werden konnten. Pat. giebt an, dass die Sondirung gewöhnlich sehr lange dauerte. Man musste oft eine viertel Stunde lang probiren, ehe man in den Magen gelangte. Nach einer Periode der Besserung kam wieder eine Verschlimmerung, die Pat. veranlasste, sich in die Klinik aufnehmen zu lassen, wo auf Grund der eigenartigen Erscheinungen ein Divertikel diagnosticirt wurde. Aeussere Verhältnisse zwangen den Pat. nach kurzer Zeit die Klinik zu verlassen, er kam aber bald wieder, da in letzter Zeit Sondirungsversuche auch durch ärztliche Hand häufig missglückt waren.

Es wurde nun eine Sonde angefertigt mit einem Mandrin, an dessen unterem Ende sich durch Verschiebung zweier Drähte ein Stift schräg einstellen liess, so dass die Sonde in jeder beliebigen Tiefe mit ihrer Spitze nach einer bestimmten Richtung gebogen werden konnte, ähnlich wie es Leube in einem Falle versucht hat. Wenn man die Sonde 38—40 Ctm. weit einführte und die Spitze jetzt durch Verschiebung der Drähte des Mandrins nach vorne bog, so gelangte man jedes Mal leicht in den Magen. Es war daraus zu schliessen, dass die Erweiterung an der hinteren Wand der Speiseröhre sass. Pat. ist bereits im Stande, sich diese Sonde selbst einzuführen und sich nach Entfernung des Mandrins durch dieselbe zu füttern. Er soll später mit der Weisung entlassen werden, sich monatelang ausschliesslich mit dieser Sonde zu ernähren, um eine Dehnung der Divertikelwandung zu vermeiden und vielleicht sogar eine Retraction des Sackes zu erzielen.

Ueber die *Aetiologie* weiss Vortr. nichts anzugeben. Der Sitz der Pulsionsdivertikel ist meist ein höherer. Strümpell hat einen Fall von spindelförmiger Erweiterung des Oesophagus oberhalb der Cardia beschrieben, bei dessen Autopsie sich kein stenosirendes Moment nachweisen liess und wo nur die Durchtrittsstelle des Oesophagus durch das Zwerchfell ein mechanisches Hinderniss dargeboten haben konnte.

Dass bei dem Pat. ein Ulcus rotundum oesophagi die Ursache der Divertikelbildung sei, dafür fehlt jedenfalls jeder Beweis. Eine eigentliche Stenose ist nicht vorhanden, denn bei gekrümmter Sondenspitze kommt man auch mit dicken Sonden in den Magen.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 17. Mai 1889.

1) Dr. Deubner: Bei der auf voriger Sitzung vorgestellten Pat. seien auf Brust und Rücken neue Flecke aufgetreten. — Stellt eine 7jährige Lepröse aus Zarnikau (Livl.) vor. Exanthem bestehe seit Weihnachten ähnlich dem anderen Falle. Verdickung des rechten Ulnaris sowie Anästhesien deutlich.

2) Dr. Hampeln: „Ueber die zwei Hauptformen der Aortenklappeninsufficienz" (cf. № 20, 1889, dieser Wochenschr.).

Dr. Worms: Den Fall des Herrn G. betreffend, den er früher gesehen, habe er niemals an einem Aortenaneurysma gezweifelt. Gegen die in Nauheim angeordnete Oertel'sche Cur habe Red. energisch protestirt, sei aber mit seiner Ansicht der vom Badearzt gestellten günstigen Diagnose gegenüber nicht durchgedrungen. Senator, auf den Dr. Hampeln offenbar anspiele, habe ebenfalls Endarteriitis aortae diagnosticirt. Pat. habe wegen Arteriosclerose unter Jodkali gestanden.

Dr. Carlblom: Die Angelegenheit werde noch complicirter durch die zur Insufficienz nicht führenden Fälle von Sclerose.

3) Der Präses theilt mit, dass er einer Sitzung des Stadtamtes beigewohnt, auf der über Wasserversorgung berathen worden. Geplant werde eine Grundwasser-Leitung. Zu qualitativer und quantitativer Prüfung des Wassers wurden zwei Versuchsbrunnen angelegt.

Sitzung am 6. September 1889.

1) Dr. Holst legt der Gesellschaft ein neues Präparat condensirter Milch, von einer Revaler Fabrik stammend, vor. Die chem. Analyse laute günstig, namentlich zeichne es sich durch geringen Zuckergehalt vortheilhaft aus.

Dr. Treymann hat das Präparat in der Entbindungsanstalt in Anwendung gezogen und ist mit dem Resultat zufrieden.

2) Dr. Miram berichtet über eine Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus. Die Operation verlief mit Zurücklassung beider Ovarien und der rechten Tube ohne Störung. Nach 8 Wochen nussgrosser Granulationsknopf im rechten Wundwinkel mit Lapis, dem scharfen Löffel vergeblich tractirt. In Narcose wurde das Gebilde, das sich als Stück der Tube erwies, ligirt und abgetragen (Diakonissen-Anstalt). Nachblutung am 2. Tage, Erbrechen, kleiner Puls ohne Temperatursteigerung, Leib aufgetrieben, nicht empfindlich, Kräfteverfall. Die Blutung stammte nicht aus der ligirten Tube, das fast lackfarbene Blut entleerte sich aus dem offenen Parametrium. Tamponade der Wunde brachte das Blut nicht zum Stehen. Tod an septischer Peritonitis am 4. Tage. Obduction verweigert. Von 4 Fällen von Totalexstirpation sei das der einzige unglückliche. Secretair: Dr. v. Stryk.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Zur *Behandlung der Larynxphthise* verwendet Schnitzler mit gutem Erfolg den *Perubalsam* und zwar in verschiedener Weise: innerlich (in Syrup, in Pillen, gemischt mit Leberthran), zu Inhalationen (mit Alkohol aa), zur Pinselung, zu Einblasungen (Bals. peruv. 2,0, Bismuth. subnitr. s. Alumin., Sacchar. lact. aa 10,0). Besonders bei catarrhalischer Affection und bei oberflächlicher Geschwürsbildung im Larynx sollen gute Resultate erzielt werden.

(Int. Congr. f. Laryngologie etc. Paris. — B. kl. W.)

— Neuerdings wird wieder das *Codein* warm empfohlen als Analgeticum; so bei allen schmerzhaften Affectionen des Darmes und der anderen Organe des Abdomens. Die Wirkung ist eine schwächere als die des Morphiums, dafür kann das Codein aber längere Zeit ohne Schaden fortgebraucht werden, da keine Angewöhnung eintritt; es belästigt den Magen nicht und setzt die Peristaltik nicht herab, was oft sehr werthvoll; wo die Peristaltik in Ruhe gesetzt werden soll, ist zum Opium zu greifen. Besonders bewährt hat sich das Codein bei quälendem Hustenreiz, namentlich auch der Phthisiker und bei Bronchitis (Fischer); auch bei Bronchitis der Kinder ist C. in ausgedehnter Weise mit Nutzen gebraucht worden (Rheiner). — Codein 0,05 pro dosi! 0,2 pro die! — Formeln: Rp. Codein 1,0, Extr. Gentian., Pulv. rad. liquir. q. s. f. pill. № 30. — Codein 0,2, Alkohol 5,0, Syrup 95,0. MDS. 1 Thee- bis 1 Esslöffel. (B. kl. W.)

— In einem Nachtrage zu seiner Mittheilung über *Behandlung des Keuchhustens mittelst Bromoform* (ref. in № 32, 1889 d. Wochenschr.) empfiehlt Stepp eine Aenderung in der Darreichung. Die Erfolge (jetzt 100 Fälle) sind nach wie vor sehr gute; rasche Besserung, Genesung in 2—4 Wochen. S. giebt das Mittel jetzt rein in Tropfenform, was viel einfacher; die nöthige Tropfenzahl, in einen Kaffeelöffel mit Wasser geträufelt, sinkt unter, bildet am Boden eine Perle, die zu schlucken ist. Corrigentia nicht nöthig. Dosirung: bei einem 3—4 wöchentl. Kinde 3—4 Mal tägl. 1 Tropfen, bei älteren Säuglingen 3 Mal tägl. 2—3 Tropfen; bei Kindern von 2—4 J. 3—4 Mal tägl. 4—5 Tropfen, bis zum 7. Jahr 3—4 Mal tägl. 6—7 Tropfen. — Wegen der Zersetzlichkeit ist nur 3,0 jedes Mal zu verschreiben, das Fläschchen vor der Sonne zu schützen und gut zu verschliessen; ein Präparat von rothem Aussehen ist nicht zu verabreichen. (D. med. Woch. № 44.)

— Bernhard theilte auf der Jahresversammlung des Bündner ärztl. Vereins aus seiner Praxis einen *Fall von Nabelblutung* bei einem 8 Tage alten Neugeborenen in Folge congenitaler Hämophilie mit, in welchem die Blutung schliesslich nur durch ein sehr energisches Unterbindungsverfahren gestillt werden konnte. Es trat aber sofort ein todesähnlicher Collaps ein. Wegen der Schwierigkeit einer Transfusion bei einem so kleinen Wesen versuchte es B. mit einer Hypodermoklyse von heissem Salzwasser, wie sie Cantani bei Cholerakranken anwendet. Die eingespritzte Flüssigkeit wurde aber trotz Massirens der entstandenen Geschwulst nicht resorbirt und so entschloss sich B. als ultimum remedium eine Infusion in die Peritonealhöhle zu machen. Er injicirte 150 Grm. Kochsalzlösung (0,6 pCt) von 40° C. — Der Erfolg war ein überraschender. Das Kind gab rasch Lebenszeichen von sich und begann zu schreien. Obige Geschwulst resorbirte sich nun. Nach einigen Minuten fing die Injectionsstelle an zu bluten. Es floss reichlich sehr hellfarbiges Blut; Stillung durch umschlungene Naht. Das Kind erholte sich und gedeiht gut. (Corresp. f. Schw. A. № 21.)

— Gegen *chronische Diarrhöen* gab Hoffmann das *Magnesiumsilicat* (Falk) in Dosen von 200,0—600,0 mit gutem Erfolge. In einem Falle, in welchem bereits 6 Wochen hindurch 25—30 Stühle täglich erfolgt waren, verminderte sich diese Zahl an demselben Tage, an welchem 300,0 Magnesiumsilicat in Milch aufgeschwemmt genommen worden waren, auf 12, während bereits nach 8 Tagen nur noch 3—4 Ausleerungen erfolgten. In allen Fällen wurde das Mittel gern und ohne Beschwerden genommen.

(Allg. m. C. — Centrbl. f. med. Wiss. 44.)

— Theophil Ord wendet gegen *Soor* eine Mischung von Aq. phagedaenica nigra und Glycerin aa an, mit einer Feder aufzustreichen. Auch bei fuliginösen Belägen der Zunge, Lippen etc. anzuwenden. (D. med. W. № 40, 1889.)

— Ch. Kröger: *Imprägniren von Holz (Dielen u. s. w.).* (Ugeskr. for Läger, Räkke 4, Bd. 17. Nordiskt Med. Ark. Bd. XX, № 18). Im Anschluss an eine frühere Mittheilung in der Ugesk. f. Läger über die Anwendung von Theer zum Imprägniren von Dielen, namentlich in Kasernen, um sie zu desinficiren und haltbarer zu machen, hebt Verf. hervor, dass Theer, selbst stark erwärmt, nicht in das Holz eindringen kann und daher durch das Theeren eigentlich nur ein künstliches Asphaltlager auf dem Holz gebildet wird. Er empfiehlt dagegen die Anwendung eines Destillats aus Steinkohlentheer, das unter dem Namen *Kreosotöl* in den Handel kommt und die antiseptischen Stoffe des Theers in concentrirtem Zustande enthält. Dieser Stoff dringe leicht und schnell in das Holz ein und gebe ihm eine bräunliche Farbe, welche durch Zusatz von Farbstoffen leicht verändert oder verdeckt werden kann; es soll zugleich das beste und billigste Mittel gegen Hausschwamm sein. Buch (Willmanstrand).

Vermischtes.

— Die durch den Tod Prof. Laptschinski's erledigte Professur der speciellen Pathologie und Therapie an der Universität Warschau hat der bisherige Professor der Pharmakologie, Dr. Tumas, übernommen. Als Nachfolger des letzteren auf dem Lehrstuhl der Pharmakologie ist der Privatdocent der militär-medicinischen Academie, Dr. J. P. Pawlow, in Aussicht genommen.

— Von der französischen Académie des sciences ist der *Monthyon-Preis* dem Professor der Physiologie in Charkow, Dr. W. Danilewski, für seine Arbeit über die Parasiten des Blutes zuerkannt worden.

— *Ordensverleihungen: Der St. Wladimir-Orden II. Classe* — dem Professor der Chirurgie an der Moskauer Universität, Geheimrath Nowatzki. *Der St. Wladimir-Orden III. Classe* — dem Arzt des Olonez'schen Gymnasiums, Wirkl. Staatsrath Bergmann, dem stellv. Medicinalinspector des Primorschen Gebiets, Wirkl. Staatsrath Nocks, dem consultirenden Arzt des Moskauer Nikolai-Waiseninstituts, Wirkl. Staatsrath Dr. Wulffius, dem Arzt am St. Petersburger Marienhospital für Arme, Wirkl. Staatsrath Dr. Heinrichsen und dem Arzt am St. Petersburger Patriotischen Elisabeth-Institut, Wirkl. Staatsrath Dr. Lindes. *Der St. Annen-Orden I. Classe* — dem Medicinal-Inspector der Anstalten der Kaiserin *Maria*, Wirkl. Staatsrath Dr. Ssutugin, dem Directorgehilfen der St. Petersburger Entbindungsanstalt, Wirkl. Staatsrath Dr. Tarnowski. *Der St. Stanislaus-Orden I. Classe* — den ordentlichen Professoren an der Universität Kasan — Wirkl. Staatsräthen Dr. Arnstein und Dr. Podwyssotzki, dem ordentlichen Professor an der Universität Warschau, Wirkl. Staatsrath Dr. Hoyer, dem Arzt an der Moskauer Schule des Katharinen-Ordens, Wirkl. Staats-



rath **B e l j a j e w** und dem älteren Arzte des Kinderhospitals des Prinzen von Oldenburg, Wirkl, Staatrath **T s c h o s c h i n.**

— *Verstorben*: 1) Am 29. December v. J. auf dem Gute Grünhof in Kurland der Senior der kurländischen Aerzte, Coll.-Rath Dr. **T h e o d o r C z e r n a y**, im 79. Lebensjahre. Cz. war in St. Petersburg geboren und studirte von 1828—32 in Dorpat Medicin. Nach Absolvirung des Arztexamens wurde er als Oeconomie-Arzt in Grünhof angestellt, wo er bis zu seiner Pensionirung im Jahre 1886 ununterbrochen prakticirte. Der Verstorbene war eine in weiten Kreisen hochgeachtete Persönlichkeit und seiner Zeit ein beliebter und gesuchter Arzt. 2) In Pernau am 1. Januar der dortige Arzt Dr. **G e o r g v. H o h e n h a u s e n** im 43. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung auf der Universität Dorpat erhalten, wo er von 1869—74 studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde war H. successive Arzt auf dem Gute Bremenhof (Livland), in Narwa, zu Salismünde und seit 1885 in Pernau. 3) In Moskau am 21. December der Ordinator am Arbeiterhospital **A. M. F a w o r s k i** an den Folgen einer Blutvergiftung, die er sich bei einer Operation zugezogen hatte. 4) Am 2. December v. J. in Jekaterinburg Dr. **W i n o g r a d o w**, 72 J. alt. Der Hingeschiedene hatte i. J. 1839 den Cursus an der medico-chirurgischen Academie absolvirt und diente als Arzt des Bergdepartements im Permschen und Orenburgschen Gouvernement. Seit 1883 war er pensionirt 5) Am 10. Januar n. St. in Würzburg der bekannte ausserordentliche Professor der Ohrenheilkunde, Dr. **A n t o n F r e i h e r r v. T r ö l t s c h**, im 60. Lebensjahre. Derselbe wirkte bereits seit 1867 als Professor an der Würzburger Universität. Als Fachschriftsteller ist T. ausserordentlich fruchtbar gewesen. Ausser zahlreichen kleineren Aufsätzen hat er ein „Lehrbuch der Ohrenheilkunde", welches 7 Auflagen erlebte, herausgegeben, ausserdem hat er in dem Handbuch der Chirurgie von **P i t h a** und **B i l l r o t h**, sowie in **G e r h a r d t**'s Handbuch der Kinderkrankheiten das Kapitel über die Krankheiten des Ohres bearbeitet. Von **T r ö l t s c h** ist auch das „Archiv der Ohrenheilkunde" begründet und die ersten 10 Jahre von ihm allein redigirt worden.

— Der Vorstand der Gesellschaft livländischer Aerzte trat am 6. Januar in Riga zu einer Berathung zusammen und beschloss, den Aerztetag vorbehaltlich obrigkeitlicher Bestätigung vom 27. bis 29. August a. c. in Wenden stattfinden zu lassen. Zu gleicher Zeit hat die in Wolmar ernannte Commission zur Berathung des Projectes der zu begründenden Unterstützungscasse für Wittwen und Waisen der livländischen Aerzte in Riga zwei Sitzungen abgehalten.

— Die Nachricht von dem Ankauf der Bibliothek des verstorbenen Prof. **E i c h w a l d** durch die mil.-med. Academie erweist sich als irrig. Es finden Verhandlungen statt behufs Ankauf derselben für das Klinische Institut.

— *Emin Pascha* ist auch von der philosophischen Facultät der Universität Königsberg, an welcher er ein Jahr studirt hat, zum *Ehrendoctor ernannt* worden.

— Der berühmte Kliniker Prof. **K u s s m a u l** (früher in Strassburg) ist von der hiesigen *Gesellschaft russischer Aerzte* zum *Ehrenmitglied ernannt* worden.

— Der alljährlich in Wiesbaden stattfindende *deutsche Congress für innere Medicin* wird auf Initiative Prof. **N o t h n a g e l**'s und mit Zustimmung der Mitglieder *in diesem Jahre in Wien abgehalten* werden.

— In Dorpat ist im December-Monat ein junger Regiments-Veterinärarzt **P e t r o w**, der von der Regierung zur weiteren Ausbildung an das Dorpater Veterinär-Institut abcommandirt worden, beim Betreiben seiner Studien von der Rotzkrankheit (Malleus) befallen und nach schweren Leiden gestorben. In Dorpat ist dies, wie die „Dörptsche Ztg." erfährt, der erste zur ärztlichen Kenntniss gelangte Fall einer Uebertragung dieser Krankheit auf Menschen.

— In *Pjatigorsk* herrscht gegenwärtig eine *Diphtherie-Epidemie.*

— Der Unterhalt des Odessaer Stadthospitals kostet jährlich über 307,000 Rbl. (Nowoross. Tel. — Wr.)

— In dem laufenden Wintersemester sind auf den *21 deutschen Universitäten* (die Academie Münster einbegriffen) *im Ganzen 29,007 Studenten immatriculirt*, gegenüber 29,491 im verflossenen Sommersemester und 28,929 im Wintersemester 1887/88. An der Spitze der Universitäten bezüglich der Frequenz steht Berlin mit 5731 Studirenden, dann folgen München mit 3479, Leipzig mit 3453, Halle mit 1657 u. s. w. Die geringste Zahl Studenten hat Rostock, nämlich 346, nächstdem Kiel, (502 Stud.). Was die Frequenz der einzelnen Facultäten anbelangt, so übertrifft die *medicinische Facultät* die anderen Facultäten: sie zählt in diesem Semester auf allen Universitäten 8714 Studirende (gegen 8883 im vorigen und 8668 im vorletzten Semester).

— Mit Beginn dieses Jahres hat im Verlage von **F i s c h e r** in Jena ein „*Centralblatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie*" zu erscheinen begonnen, welches von Prof. **Z i e g l e r** in Freiburg herausgegeben und vom Privatdocenten Dr. **v. K a h l d e n** ebendaselbst redigirt wird.

— In Paris erscheint seit Neujahr eine neue medicinische Wochenschrift: „*La Medicine Moderne*" unter der Redaction von Prof. **G e r m a i n S é e.**

— In *Zürich* ist ein besonderes *Diphtherie-Hospital* erbaut, in welchem die Wände mit Oelfarbe gestrichen sind, um das Abreiben derselben zu ermöglichen. Die Krankensäle sind nach dem Stadium der Krankheit eingetheilt. (A. m. C.-Ztg.)

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 30. December 1889 5491 (57 weniger als in der Vorwoche), darunter 157 Typhus- (3 mehr), 567 Syphilis- (25 weniger), 95 Scharlach- (9 mehr), 12 Diphtherie- (2 weniger), 43 Masern- (1 weniger), 115 Influenza- (29 weniger) und 7 Pocken-Kranke (2 mehr als in der Vorwoche).

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 7. Januar d. J. 5663 (52 mehr als in der Vorwoche), darunter 162 Typhus- (5 mehr), 616 Syphilis- (49 mehr), 92 Scharlach- (3 weniger als in der Vorwoche), 12 Diphtherie- (wie in der Vorwoche), 56 Masern- (13 mehr), 99 *Influenza-* (16 weniger) und 5 Pocken-Kranke (2 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Tichwin (Gouv. Nowgorod). Der Arzt muss im Kreise bei dem kleinen Krankenhause (mit 5 Betten) wohnen. Gehalt 1200 Rbl. jährlich, freie Amtsfahrten, jedoch keine freie Wohnung. Die Meldung geschieht unter Beifügung von Empfehlungen von Professoren oder früheren Dienststellen bei der „Тихвинское Уѣздное Земство".

2) Für das grosse Kirchdorf Ssredni-Jegorlyk (Gouv. Stawropol) mit 10,000 Einwohnern, einer freien Apotheke und guter Umgegend wird ein freiprakticirender Arzt gesucht. Nähere Auskünfte ertheilt der Apotheker **Iwizki** daselbst. Adresse: „Въ Средній-Егорлыкъ, Ставропольской губерніи, въ аптеку Ивицкаго".

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 24. bis 30. December 1889.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
338	217	555	84	25	95	23	10	12	59	66	52	52	42	20	15	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exant. 0, Typh. abd. 11, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 13, Scharlach 20, Diphtherie 10, Croup 3, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 20, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicämie 4, Tuberculose der Lungen 130, Tuberculose anderer Organe 4, Alcoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 37, Marasmus senilis 29, Krankheiten des Verdauungscanals 46. Todtgeborene 26.

Für die Woche vom 31. Decbr. 1889 bis 6. Januar 1890.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
284	211	495	74	24	68	18	12	9	55	72	47	40	42	26	7	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 5, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 5, Scharlach 31, Diphtherie 9, Croup 2, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 27, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 125, Tuberculose anderer Organe 6, Alcoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 24, Marasmus senilis 22, Krankheiten des Verdauungscanals 40, Todtgeborene 19.

☞ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 23. Januar 1890.** Einzahlung des Mitgliedsbeitrages und des Abonnements auf die St. Petersb. Med. Wochenschr.

☞ **Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 15. Januar 1890.**



Дозв. ценз. Спб. 12 Января 1890 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.



XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,

St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe **Jahr** incl. Postzustellung: in den **anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur **Dr. Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 3 St. Petersburg, 20. Januar (1. Februar) **1890**

In Erfüllung einer schmerzlichen Pflicht bringen wir unseren Lesern die Trauerbotschaft, dass der Mitredacteur unserer Wochenschrift, unser hochverehrter College und Freund

Professor Dr. Eduard von Wahl

am 17. Januar 11 Uhr Morgens in Dorpat den Folgen des schweren Unfalles, der ihn am 23. December a. p. betroffen, erlegen ist.

Wir beschränken uns heute auf die Mittheilung dieser erschütternden Nachricht und bringen einen ausführlichen Bericht über das Leben und Wirken des Verstorbenen in der nächsten Nummer.

Die Redaction.

Beitrag zur Behandlung der Syphilis mit Injectionen von Hydrargyrum oxydulatum nigrum purum.

(Aus der Universitäts-Abtheilung des Bezirkshospitals in Dorpat).

Von

Dr. med. August Hartmann.

Auf Anregung des Herrn Dr. Th. v. Openchowski, damals stellvertretenden Directors der Universitäts-Abtheilung des hiesigen Bezirkshospitals, habe ich, als Assistent an der letzteren, in der Zeit vom October des vorigen Jahres bis zum October dieses Jahres das Hydrargyrum oxydulatum nigrum purum in Glycerin und Aqua destillata aa oder Oleum olivarum purissimum suspendirt in der Form von intramusculären Injectionen zur Behandlung der Syphilis angewandt.

Das bisher in dem Hospital zu gleichem Zwecke angewandte Calomel aufzugeben, veranlassten mich die nach den Injectionen auftretenden, mitunter bedeutenden Schmerzen, die Infiltrate und die wenn auch selten vorkommenden Abscesse[1]).

Im Jahre 1886 hat Watraszewski[2]) seine mit dem Hydrarg. oxydul. nigr. gemachten Versuche veröffentlicht. Bewogen durch die manchmal ziemlich beträchtliche allgemeine und locale Reaction, die durch Injectionen von Calomel hervorgerufen wurden und sich in Abgeschlagenheit, Schwächegefühl, Diarrhoe, ischiasähnlichen Schmerzen nebst starker Schwellung der Glutealseite, auf welcher die Injection stattgefunden hatte, äusserten, versuchte er andere pulverförmige Quecksilberverbindungen zu dem gleichen Zwecke anzuwenden. Er entschied sich, nachdem er verschiedene durchprobt hatte, zuletzt für das Hydrarg. oxydul. nigr. oder das Hydrarg. oxydat. rubr. in Form einer Suspension in Wasser und Gummi arabicum. Er injicirte 0,06 bis 0,1 pro dosi.

Es genügten 3—5 Injectionen, die in 6—8-tägigen Intervallen gemacht wurden, um, entsprechend dem gegebenen Falle, die Syphilissymptome zum Schwunde zu bringen. Er sah niemals den oben beschriebenen ähnliche Nebenerscheinungen auftreten und beobachtete keinen einzigen Abscess bei über 200 Injectionen. Dabei klagten die Patienten recht wenig oder garnicht über Schmerzen an den Injectionsstellen und die locale Reaction verging viel rascher, als nach den Injectionen von Calomel. Das Oxydul schien, wie er angiebt, in dieser Beziehung noch milder zu wirken als das Oxyd.

Auch in Spätformen von Lues hatte Watraszewski die besten Resultate zu verzeichnen und empfahl daher die Anwendung der obengenannten Präparate.

Diese günstigen Resultate und die Empfehlung des Herrn Dr. Th. von Openchowski, der das Hydrarg. oxydul. nigr., wie er mir mittheilte, mit gutem Erfolge schon seit längerer Zeit angewandt hatte, bewogen mich gerade dieses Präparat zu wählen.

Vorausschicken möchte ich, dass das officinelle Hydrarg. oxydul. nigr. ammoniatum zu dem hier zu besprechenden Zwecke nicht anwendbar ist, da es sich nicht gut in der Suspension hält und sich zu kleinen Klumpen zusammenbackt, die leicht bei der Injection die Nadel verstopfen. Ich habe das nicht officinelle Hydrarg. oxydul. nigr. *purum* angewandt, welches nicht diese Mängel besitzt.

[1]) v. Haudring: Beitrag zur Behandlung der Syphilis mit Calomelinjectionen. St. Petersb. med. Wochenschr. 1888, № 43.

[2]) Watraszewski: Ueber die Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injectionen von Quecksilberoxyden. Centralblatt für med. Wissensch. 1886, № 2.

Ich brauchte zuerst eine Suspension von Hydrarg. oxydul. nigr. purum 1.0 in Glycerin und Aqua destillata āā 5,0, ging jedoch bald zu einer Suspension von Hydrarg. oxydul. nigr. purum 1,0 in Ol. olivar. puriss. 10.0 über, da sich das Quecksilber mit dem letzteren inniger vermischte und sich besser in ihm suspendirt hielt. Die Mischung wurde jedesmal vor den Injectionen frisch zubereitet.

Ich injicirte pro dosi eine Pravaz'sche Spritze voll, also 1,0 Ol. olivar. enthaltend *0,1 Hydrarg. oxydul. nigr.* Anfangs machte ich die Injectionen in 5-tägigen Intervallen, später jedoch, da ich Intoxicationserscheinungen befürchtete, in 7-tägigen.

Die mit einer 4 Ctm. langen Nadel versehene Spritze wurde vor den Injectionen vollständig auseinandergenommen, in 1‰ Sublimatlösung desinficirt und die einzelnen Theile, namentlich der Stempel, wurden mechanisch mit einem Sublimatwattebausch gereinigt.

Nachdem ich die in einem breithalsigen Glasgefäss mit Glasstöpselverschluss gut durchgeschüttelte Injectionsmasse mit der Spritze aufgesogen, setzte ich die Nadel auf die letztere und trieb die Luft hinaus, bis die Injectionsmasse hervortrat, hierauf wischte ich die Nadel noch mit einem Sublimatwattebausch ab, bevor ich sie in die Nates hineinstiess.

Ich machte die Injectionen abwechselnd in die Nates der rechten und linken Seite. Die Haut wurde vor der Injection nicht verschoben. Bei zwei kleinen Kindern machte ich die Injectionen in die Aussenfläche der Oberschenkel. Die Spritze wurde durch sanften Druck langsam entleert. Nach dem Hervorziehen der Nadel trat mitunter bei Personen mit starkem Fettpolster etwas Blut oder Injectionsmasse durch den Stichcanal, diese wurden dann mit einem Sublimatwattebausch abgewischt.

Die Stichöffnung wurde sofort mit einem Stück Emplastr. adhaesiv. bedeckt und der Patient angewiesen ca. $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde lang ruhig auf dem Bette zu liegen.

Condylome wurden nach dem Labarraque'schen Verfahren (Bepinselung mit Kochsalzlösung und Bestäubung mit Calomelpulver) und Schleimhautplaques mit 2% Sublimatglycerin auch local behandelt.

In der ersten Zeit brauchten einige Patienten zugleich Jodkali, später liess ich dieses jedoch fort, um die Wirkung des Hydrarg. oxydul. nigr. besser beobachten zu können.

Die Mundpflege bestand während der Behandlung in Ausspülungen des Mundes mit einer Lösung von Kali chloricum oder Alum. acet. solut. Auf eine mechanische Reinigung der Zähne wurde nach Möglichkeit gesehen, war aber bei dem in Frage kommenden Krankenmaterial kaum durchführbar.

Ich habe im Ganzen an 68 Patienten 294 Injectionen gemacht und zwar:

an 20 Männern . . . 103 Injectionen
» 45 Weibern . . . 176 »
» 3 Kindern . . . 15 »

Abscesse habe ich 10 beobachtet, also in 3,4% der Injectionen. Die Abscesse machten den Patienten wenig Beschwerden, brachen spontan auf und heilten rasch, eine etwas eingezogene Narbe hinterlassend.

Eine Gingivitis resp. Stomatitis mercurialis höheren Grades, die zur Bildung von grösseren Geschwüren auf dem Zahnfleisch, der Wangenschleimhaut und der Zunge führte, trat in 3 Fällen auf. In anderen 17 Fällen fand ein ganz geringer Zerfall des Zahnfleischrandes statt, der nach dem Aussetzen der Injectionen rasch schwand.

Durchfälle traten nur bei 2 elenden, anämischen Männern und einem sehr elenden Weibe auf, nachdem sie mehrere Injectionen erhalten hatten.

Wenn sich nach den Injectionen Infiltrate bildeten, so waren sie klein, wenig schmerzhaft und gingen in wenigen Tagen zurück.

Die Schmerzen nach den Injectionen, die nie so stark waren, dass die Patienten ohne Nachfrage über dieselben klagten, dauerten durchschnittlich 3—4 Tage.

Um die Erscheinungen einer ausgesprochenen Lues secundaria, die zum ersten Male mit Quecksilber behandelt wurde, zum Schwunde zu bringen, waren 5—6 Injectionen nöthig, bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 36 Tagen (vom Tage der ersten Injection bis zum Tage der letzten Injection gerechnet). In Fällen, wo es sich um ein leichtes Recidiv handelte, genügten 2—3 Injectionen.

Hervorheben möchte ich, dass auch die Kinder, denen ich Injectionen machte, dieselben sehr gut vertrugen.

Einem 9-jährigen Knaben machte ich 5 Injectionen zu 0,03 Hydrarg. oxydul. nigr. in die Nates. Die Reactionserscheinungen waren bei ihm geringer als bei manchem Erwachsenen.

Einem 4 Monate alten Kinde machte ich 5 Injectionen zu 0,01 und einem $1^1/_2$ Jahre alten 5 Injectionen zu 0,02 Hydrarg. oxydul. nigr. in die Aussenfläche der Oberschenkel. Die Reactionserscheinungen waren sehr gering und die Schmerzen können nicht bedeutend gewesen sein, da die Kinder nur am Tage der Injection etwas unruhig waren, an den darauffolgenden Tagen aber auch bei Berührung der Injectionsstellen sich ruhig verhielten.

Ich habe, um die unangenehmen Nebenwirkungen, die durch *Injectionen von Calomel* und Hydrarg. oxydul. nigr. purum hervorgerufen werden, zu vergleichen, 11 Patienten, die zum Theil vorher Injectionen von Hydrarg. oxydul. nigr. erhalten hatten, 38 Injectionen von Calomel vapore paratum in Ol. olivar. puriss. (im Verhältniss von 1 : 10, pro dosi 0.1 Calomel) gemacht und dabei gesehen, dass *die localen Reactionserscheinungen bedeutender waren:* die Infiltrate bildeten sich häufiger, waren grösser und schmerzhafter, die Schmerzen dauerten nach den Calomelinjectionen ca. 6—7 Tage, waren nach Aussage der Patienten bedeutend stärker, als nach den Injectionen von Hydrarg. oxydul. nigr., oft so stark, dass die Patienten ohne Nachfrage über dieselben klagten und einzelne von ihnen sogar im Schlafe gestört wurden. Von den 38 Calomelinjectionen abscedirten 2.

Was die Häufigkeit der Abscesse betrifft, so erhielt Haudring[3]) in der Universitäts-Abtheilung des Bezirkshospitals bei der Anwendung von Calomel-Olivenölsuspension bei 283 Injectionen 11 Abscesse = 3,8%. Ich habe, wie schon hervorgehoben, bei der Benutzung von Quecksilberoxydul-Olivenölsuspension fast denselben Procentsatz (3,4%) von Abscessen erhalten, in dieser Beziehung würden sich also Haudring's und meinen Versuchen nach die beiden Präparate nicht von einander unterscheiden. Ich glaube, dass sich bei Anwendung sowohl des einen wie des anderen Präparates, namentlich bei Benutzung längerer Nadeln, Abscesse ganz werden vermeiden lassen; ich habe dieselben jedenfalls nur bei Weibern mit sehr starkem Fettpolster auf den Nates auftreten sehen, bei denen die Injectionsmasse offenbar nicht zwischen die Muskelbündel, sondern in das straffe Fettpolster deponirt wurde, was bekanntlich die Entstehung eines Abscesses begünstigt.

Was die Dauer der Behandlung betrifft, so währte dieselbe bei den Calomelinjectionen Haudring's durchschnittlich 4 Wochen mit 5 Injectionen. Wenn dieselbe bei meinen Quecksilberoxydulinjectionen durchschnittlich 36 Tage mit 5—6 Injectionen währte, so dürfte diese längere Dauer der Behandlung zum Theil darauf zurückzuführen sein, dass ich wohl in der Hälfte aller Fälle die Kranken nicht sofort nach dem Schwinden der syphilitischen Krankheitserscheinungen entliess, sondern sie noch eine Woche länger im Hospital behielt und ihnen so zu sagen noch eine überzählige Injection angedeihen liess, in der Hoffnung, dadurch den Eintritt eines Recidivs vielleicht verhindern oder hinausschieben zu können.

In Bezug auf die Häufigkeit der Recidive nach einer Behandlung mit Hydrarg. oxydul. nigr. purum, habe ich kaum Erfahrungen sammeln können, da von meinen mit Quecksilberoxydul behandelten Patienten nur 2 wegen eines sy-

[3]) Haudring l. c.

philitischen Recidivs wieder in meine Behandlung kamen. Die Krankengeschichten derselben sind kurz folgende:

H. B., 18 a. n., Prostituirte, behauptet früher keine Erscheinungen von Syphilis an sich bemerkt zu haben. Starkes maculo-papulöses Syphilid. Plaques auf beiden Tonsillen. Multiple, grosse, flache Condylome an den grossen und kleinen Labien. Allgemeine Drüsenschwellung. Nach 2 Injectionen sind die Plaques im Rachen geschwunden, das Exanthem ist undeutlicher, die Condylome sind kleiner geworden; nach 5 weiteren Injectionen wird Pat., da alle Erscheinungen geschwunden sind, entlassen. Es ist dieses einer von 3 sehr hartnäckigen Fällen, in welchen mehr als 6 Injectionen nöthig waren, um alle syphilitischen Erscheinungen zum Schwinden zu bringen. Nach 2 Monaten Recidiv: Plaques auf den Tonsillen und der Mundhöhlenschleimhaut, die nach 2 Injectionen schwanden.

E. P., 16 a. n., Prostituirte, behauptet noch niemals krank gewesen zu sein. Maculo-papulöses Syphilid. Plaques auf den Tonsillen. Allgemeine Drüsenschwellung. Nach der ersten Injection beginnen die Plaques zu schwinden, nach weiteren 4 Injectionen sind die Plaques und das Exanthem geschwunden und Pat. wird entlassen. Nach 3 Monaten Recidiv: Plaques auf den Tonsillen, die nach 2 Injectionen geschwunden sind. Pat. erhält noch eine 3. Injection und wird entlassen.

Ich komme zu dem Schluss:

dass das Hydrargyrum oxydulatum nigrum purum in Oleum olivarum purissimum suspendirt in der Form der intramusculären Injection ein gutes Antisyphiliticum ist und

dass es speciell vor dem Calomel den Vorzug besitzt, geringere locale Reactionserscheinungen und besonders bedeutend geringere Schmerzen hervorzurufen.

Herrn Doc. Dr. Th. von Openchowski und Herrn Prof. Dr. K. Dehio, Director der Universitäts-Abtheilung des hiesigen Bezirkshospitals, sage ich für die Anregung zu dieser Arbeit und für die Ueberlassung des Krankenmaterials meinen verbindlichsten Dank.

Aus der forensischen Praxis.

Nach einem Vortrage, gehalten auf dem I. Aerztetage der Gesellschaft. livl. Aerzte.

Von

Dr. Fr. Schulz (Riga).

1. Vergiftung durch Cloakengas.

Am Montag den 3. Juli 1889 lief gegen 9 Uhr Morgens bei der Verwaltung des ersten städtischen Polizeidistrictes die Meldung ein, dass in der Senkgrube des an der Ecke der Thal- und Reussischen Strasse belegenen Hauses ein menschlicher Körper gefunden worden sei. Es hatten die Arbeiter des Torfindustriellen S., als sie das contractmässig zwei Mal in der Woche zu wiederholende Einstreuen von Torf in die Senkgrube vornehmen wollten, ein Paar menschliche Beine gesehen, welche sich bei der sofort vorgenommenen Localinspection als zu einer vollständig entkleideten, noch lebenden, jedoch vollkommen besinnungslosen Frau gehörig herausstellten. Die Frau wurde sofort in's Stadtkrankenhaus gebracht, wo sie wegen totaler Besudelung des Körpers mit einer Mischung aus Torfstreu und Koth in ein Bad gebracht wurde. Bereits bei der Einlieferung in's Krankenhaus wurde oberflächliches, beschleunigtes Athmen und sehr herabgesetzte, unregelmässige Herzaction constatirt. Pat. war vollkommen comatös; sie wurde sofort in ein Bad gebracht; eine Viertelstunde, nachdem sie das Bad verlassen, trat der Tod ein.

Localinspection: Man gelangt von der Reussischen Strasse aus über ein Paar steinerne Stufen durch eine nach innen schlagende Flügelthür, deren rechte Hälfte allein für gewöhnlich geöffnet werden kann, in ein wenig geräumiges, etwa quadratisches Vorhaus. Gegenüber der Thür die Treppe. Rechts von der Thür der Abtritt, zu welchem der Eingang durch die im rechten Winkel nach innen geschlagene rechte Hälfte der Hausthür vollständig verdeckt wird. Das Einfallsloch im Sitzbrett hat einen Durchmesser von 28 Ctm. Unmittelbar hinter der Hausthür befindet sich eine quadratische (65 Ctm.) hölzerne Luke, welche die Senkgrube verdeckt und durch eiserne, am rechtsseitigen Rande befestigte Hängen mit der Diele articulirt. Die Luke kann also, von der Strasse gesehen, nach rechts hin gehoben werden, wobei sie, nach Erhebung bis zu einem rechten Winkel, an die Aussenfläche der geöffneten Hausthür stösst. Sie kann nur dann geöffnet werden, wenn die Hausthür entweder vollkommen offen, oder vollkommen geschlossen ist. Die Hausthür zu öffnen ist jedoch nur bei geschlossener Luke möglich. Die durch letztere geschlossene Oeffnung in der Diele führt in die etwa 1 Cubikfaden grosse Senkgrube, dient zur Bereinigung derselben und zum Einschütten der Torfstreu. Durch dieselbe wurde von den Arbeitern die Anwesenheit des Körpers bemerkt und letzterer zu Tage gefördert. Hierbei fand man sämmtliche Kleidungsstücke der Verunglückten neben ihrem Körper, unordentlich durcheinander geworfen. An den Rändern der Grube fand sich noch trockene Torfstreu, während die Mitte von dickbreiiger Kloakenmasse angefüllt war. Der Körper lag in der Diagonale, die Füsse im vorderen linken Winkel unter der Luke, der Kopf zum hinteren, rechten Winkel gekehrt. Die behufs Besichtigung herabgelassene brennende Stearinkerze brannte ruhig weiter, ohne ein Entzünden des Kloakengases hervorzurufen.

Die polizeilichen Nachforschungen ergaben, dass die Verunglückte eine der Polizei seit etwa einem Vierteljahre bekannte, dem Kowno'schen Adel angehörige, dem Trunke ergebene, schwachsinnige Vagabundin war, die mit Vorliebe auf Kehrichthaufen und in Abfallgruben zu nächtigen pflegte, und tagsüber aus einer Schenke in die andere wanderte. Zuletzt war sie am 29. oder 30. Juni gesehen worden. Wie sie in die Senkgrube gerathen, darüber hat sich nichts ermitteln lassen. Schliesslich konnte noch festgestellt werden, dass am 1. Juli, früh Morgens, ihr Hut in demselben Vorhause neben der Treppe gefunden worden war.

Section am 4. Juli 1889, 26 h. p. m., im Beisein des Herrn Prosectors Dr. Krannhals.

Leiche einer Frau von 35—40 Jahren. Körperlänge 165 Ctm. Mittelmässiger Ernährungszustand. Hautdecken weich, glatt, blass, hellbräunlich, mit einer beträchtlichen fest angetrockneten Schmutzschicht bedeckt. Kein Leichengeruch. Todtenstarre nur noch in den unteren Extremitäten. Pupillen gleich erweitert. Nase, Mund, Ohren ohne fremden Inhalt. Die Haut um das Jugulum grünlich verfärbt. Hände dunkelbraun, Finger in Krallenstellung, Nägel blau. — Die hervorragenden Stellen auf der linken Seite des Rückens, der linken Hinterbacke und der lateralen Seite des linken Oberschenkels mit punctförmigen, häufig confluirenden Abschürfungen bedeckt. Auf der linken Hinterbacke ein etwa apfelgrosser, dunkelbrauner Schorf, der von dem missfarbigen, mit Eiter durchsetzten Fettpolster sich nicht abheben lässt; sonst keine Verletzungen.

Schädelhöhle: Knochen hart, 3—7 Mm. dick, durchscheinend. Diploe blass. Dura schlaff, bläulich-grünlich durchscheinend. Innenfläche glatt, glänzend, hellrosa. Im Längsblutleiter neben etwas flüssigem Blute ein derbes Fibringerinnsel. Pia zart, serös getrübt, leicht trennbar, sämmtliche Gefässe mit Blut gefüllt. Hirnsubstanz von derber Consistenz. Auf den Schnittflächen Blutpuncte, die sich nach dem Abspülen erneuern. Graue Substanz dunkel, röthlich, sonst Farbe normal. Die Seitenventrikel etwa um das Dreifache erweitert, enthalten hellbräunliches klares Serum. Die Gefässe der Basis voll Blut, ihre Wandungen starr, stellenweise verdickt, weisslich.

Hals: Gefässe leer. Die Schleimhaut des Kehlkopfes und der Luftröhre glatt, graugrün; ebenso im Beginn der Speiseröhre.

Brusthöhle ohne fremden Inhalt. *Lungen* frei, ziemlich umfangreich, kein Hypervolumen. Pleura glatt, blaugrünlich marmorirt. Oberlappen elastisch, auf die Durchschnittsfläche tritt bei geringem Druck feinblasiger Schaum aus. Die Unterlappen verdichtet, auf dem Durchschnitt braunroth, glatt, morsch, bei Druck entleert sich ein wenig blutige Flüssigkeit. In Wasser geworfene Stücke der Unterlappen sinken rasch zu Boden, einzelne von ihnen tauchen nach einiger Zeit wieder auf. Bronchialschleimhaut in den Unterlappen grün, auf derselben Spuren von Kothflüssigkeit; in den Oberlappen enthalten die Bronchien schaumiges Blut, ihre Schleimhaut injicirt. Im *Herz*beutel etwa 30 Ccm. klaren, gelblichen Serums. Im Herzen beiderseits flüssiges, dunkles, fast schwarzes Blut und eine grosse Menge schwarzer Blutgerinnsel. Klappen zart, gut schliessend, blass. Ostien lassen 2 Finger bequem passiren. Herzmaasse 10, $10^1/_2$, $4^1/_2$; Herzfleisch welk, morsch, ziemlich blutleer, hellbraunroth, Faserung deutlich. Im Aortenbogen eine wallnussgrosse, flache, mit heiler Intima bedeckte Sclerose. — Die rothen Blutkörperchen zum grossen Theil difform, eckig, länglich ausgezogen, einige stecknadelförmig. Keine Geldrollen; dünne Schichten zeigen gewöhnliche Blutfarbe.

Bauchhöhle ohne fremden Inhalt. Netz und Mesenterium fettarm. *Milz:* 10, $7^1/_2$, $2^1/_2$; Kapsel gerunzelt, über der oberen Hälfte grauröthlich, über der unteren, dem Magen anliegenden Hälfte grün. Gewebe ziemlich derb, Zeichnung undeutlich. *Nieren:* $12^1/_2$, $5^1/_2$, 4. Beim Abtrennen der Kapsel bleibt an derselben eine dünne Rindenschicht haften. Zeichnung deutlich, normal. Gewebe blutleer, hellbraunroth. *Harnblase* stark gefüllt, reicht bis 12 Ctm. über den oberen Rand der Schamfuge, enthält etwa 750 Ccm. klaren Harnes von der Farbe rothen Portweins; kein Zucker. (Die Eiweissprobe unterblieb, weil der durch den Katheter entnommene Harn verschüttet wurde, beim Entnehmen von Harn aus der geöffneten Blase aber eine Verunreinigung mit Blut stattfand). *Leber:* 26, 22, 10, $6^1/_2$; Kapsel glatt, glänzend, rothbraun. Die untere Seite der Leber grünlich. Auf dem Durchschnitt gelblich roth, Muscatnusszeichnung. Auf dem Messer deutlicher Fettbeschlag. *Gallenblase* enthält etwa 30 Ccm. dunkel-schwärzlicher, fadenziehender Galle. Im *Magen* eine trübe graubraune Flüssigkeit, in der sich mehrere etwa hirsekorngrosse, eckige Körnchen vorfinden, die leicht zwischen den Fingern sich zerreiben lassen und dabei deutlichen Kothgeruch von sich geben. Schleimhaut glatt, von schiefergrau-grünlicher Farbe. Im *Dünndarm* etwas trübe, graue, dünnbreiige Flüssigkeit; Schleimhaut

glatt, graugrünlich. *Uterus* durch reichliche Bindegewebsfasern leicht an den Mastdarm geheftet. Sonst Geschlechtstheile normal.
Die Muskeln von der gewöhnlichen braunrothen Farbe.

Es ist das Zunächstliegende, den Einfluss, welchen der Aufenthalt Defunctae in der Abtrittsgrube auf den Tod gehabt haben könnte, festzustellen. Die Literatur über derartige Fälle von Vergiftung durch Kloakengas ist nicht übermässig reichhaltig. Ausser mehreren älteren und einigen neueren französischen Autoren hat noch Blumenstock in der Casper'schen Vierteljahrsschrift (Bd. XVIII, pag. 295, 1873) 2 Fälle veröffentlicht. Die Sectionsresultate sind in allen Fällen sehr wenig congruent, wie aus der Seidel'schen Arbeit in Maschka's Handbuch hervorgeht. Als wesentlichster Befund wird eine abnorme Farbe des Blutes registrirt, dadurch bedingte Verfärbung der inneren Organe nur etwa nach ungewöhnlich schneller Fäulniss. Nun, die Farbe des Blutes war allerdings dunkelschwarzroth, dünne Schichten jedoch zeigten die gewöhnliche Blutfarbe. Demgemäss konnte die von den Autoren angegebene schwarze Farbe von Lunge, Leber, Milz, und die bläuliche oder schwärzliche Verfärbung des Herzens und der Muskeln nicht constatirt werden. Ebensowenig eine graugrüne Verfärbung des Gehirns. Was nun die Fäulnisserscheinungen anlangt, so fehlte ebenfalls der unerträgliche Geruch nach Schwefelwasserstoff, der selbst für die Umgebung gefährlich werden soll; die Todtenstarre war 26 Stunden p. m. auf die unteren Extremitäten beschränkt, also bereits im Schwinden. Die Leichenflecken boten ebenfalls nichts Auffallendes. Nur die mikroskopische Untersuchung des Blutes zeigte — in Uebereinstimmung mit einigen Autoren — recht beträchtliche Veränderungen der rothen Blutkörperchen. Dafür aber bietet der vorliegende Fall eine Reihe von Veränderungen, welche in den bisherigen Referaten fehlen: ich meine die auffallend grüne Farbe fast sämmtlicher Schleimhäute, die hypostatische Pneumonie der Unterlappen und die kolossale Anfüllung der Harnblase, sowie die seltene portweinrothe Färbung des Harns. Die Autoren kennen allerdings eine grünliche Verfärbung an den helleren Organen, wie Haut und Hirn, — auch in unserem Falle wurde eine auf das Jugulum beschränkte derartige Farbenänderung gefunden —, eine so ausgedehnte Grünfärbung der Schleimhäute dürfte als ein Novum zu betrachten sein. Die Erklärung derselben dürfte wohl in der Einwirkung des Schwefelwasserstoffs auf das Haematin zu suchen sein. Wenn das Diffundiren des H_2S aus den Därmen die Grünfärbung der Bauchdecken bewirkt, wenn ferner dasselbe das wirksame Agens des Kloakeninhaltes ist, wenn endlich bei Injectionen von H_2S unter die Haut von Thieren noch während des Lebens die Verfärbung in der Umgebung des Stiches gesehen wird, so ist der Schluss, dass die Schleimhäute in vorliegendem Falle ihre grüne Farbe dem H_2S verdanken, gewiss gerechtfertigt. Allerdings ist von der Annahme, dass die Grünfärbung Theilerscheinung einer Allgemeininfection sei, abzusehen; in einem solchen Falle müssten nicht nur sämmtliche Schleimhäute, sondern auch die Haut die Verfärbung aufweisen. (Dass eine allgemeine frühzeitige Fäulniss nicht der Grund der Grünfärbung sein kann, beweist der Zustand der Herzklappen, welche noch nicht einmal Imbibitionserscheinungen aufwiesen). Ich glaube vielmehr eine, wenn auch recht ausgedehnte, so doch nur lokale Einwirkung des Kloakeninhaltes zur Erklärung des Befundes heranziehen zu müssen, da die Grünfärbung nur an solchen Stellen gefunden wurde, die auch Spuren von Kloakeninhalt aufwiesen, oder durch welche derselbe passirt sein musste, um an die Fundorte zu gelangen. Hiermit soll jedoch eine allgemeine Intoxication Defunctae durch Kloakengas, bezw. H_2S keineswegs in Abrede gestellt werden. Vielmehr vermag ich keinen anderen Erklärungsgrund für den Tod Defunctae anzugeben. Wie schwerwiegend auch die functionellen Störungen gewesen sein mögen, welche die Ablagerung des H_2S-Haematins in den Schleimhäuten hervorgerufen haben mochte, an und für sich konnten sie den Tod in so kurzer Zeit nicht herbeiführen. Dieses aber ist die einzige wichtigere primäre pathologisch-anatomische Veränderung in der Leiche. Die ausserdem noch beobachteten Veränderungen, die Ueberfüllung der Harnblase und die hypostatische Pneumonie sind Secundärerscheinungen, auf schwerer Sensibilitätsstörung beruhend, bezw. auf Grundlage einer solchen zu Stande gekommen. Diese Störung ist offenbar centralen Ursprungs, und zwar genügt zur Erklärung derselben keineswegs der Hydrocephalus internus, sondern es muss eine lähmende Affection der Centren für die Respiration, wohl auch für die Herzbewegung angenommen werden, wie eine solche erfahrungsgemäss von dem H_2S, dem giftigsten Bestandtheil des Kloakengases, bewirkt wird. Und diese Annahme wird noch unterstützt durch den Befund an den rothen Blutkörperchen, der auf eine weitgehende Dissolution schliessen lässt.

Es fragt sich nun, wie lange Zeit Def. in der Abtrittsgrube zugebracht hat. Die Beantwortung dieser Frage ergiebt sich einerseits aus den polizeilichen Erhebungen, nach welchen Defuncta noch am Freitag in den umliegenden Schenken gesehen, und deren Hut am Sonnabend früh im betreffenden Vorhause vorgefunden worden war, andererseits aus dem Leichenbefunde an den Lungen, die eine so hochgradige Aspirationspneumonie mit Hypostase aufwiesen, dass zu deren Entwickelung wohl nicht weniger als 2 Mal 24 Stunden erforderlich gewesen sind. Es muss also Def. in der Nacht von Freitag auf Sonnabend in die Grube hineingerathen sein.

Es erübrigt noch die Frage, wie Def. in die Grube gerathen ist. Die polizeilichen Erhebungen gaben keinen Aufschluss. In vorliegendem Falle glaube ich einen Verdacht auf äussere Gewalteinwirkung entschieden zurückweisen zu müssen: zunächst die Frage: cui prodest? bleibt ohne jede auch nur einigermaassen befriedigende Beantwortung; dann aber wäre ein gewaltsames Hineinstossen in die Abtrittsgrube doch nur denkbar, wenn dadurch eine stattgehabte Tödtung hätte verheimlicht werden sollen; an der Leiche jedoch finden wir keine Spur einer auch nur leichten, geschweige denn lebensgefährlichen Gewalteinwirkung; ein Hinabstossen aber der lebenden Person wäre ohne die verzweifeltste Gegenwehr wohl nicht möglich gewesen; auch dafür fehlte jedes pathologisch-anatomische Anzeichen. Es bleibt also nur übrig, anzunehmen, dass Def. selbst sich ihr todtbringendes Lager aufgesucht. Gewohnt auf Kehrichthaufen und in Abfallsgruben zu nächtigen, mag sie dem Geruch nachgehend für dieses Mal hier das Nachtlager gewählt haben. Die Luke war leicht zu öffnen. Beim Hinabgleiten setzte es einige Abschürfungen, welche die durch den Schwachsinn, vielleicht auch durch Branntweingenuss herabgesetzte Sensibilität weniger fühlbar machten. Jedenfalls war der Hinabsturz kein empfindlicher: Def. war im Stande, sich vollständig zu entkleiden. (Sie hat es selbst gethan, die Kleider lagen alle neben ihr, kein Kleidungsstück unter oder über dem Körper). Nun legt sie sich hin: in diesem Augenblick beginnen die in der Kloakenflüssigkeit enthaltenen, durch den Torf nur zum Theil gebundenen Gase, durch das Hineinfallen des Körpers aus ihrer Ruhe gebracht, die todtbringende Arbeit, doch ist ihre Menge und demgemäss die Kraft ihrer Einwirkung so gering, dass ihr Reiz bei der Inspiration kaum empfunden wird, jedenfalls nicht zu schleunigster Flucht drängt, sondern höchstens nur einige unwillige Bewegungen des Umsichschlagens und -wälzens hervorruft, wodurch einerseits Theile der aufspritzenden Kloakenflüssigkeit in den Mund, von dort in die Bronchien und den Magen gelangen, andererseits immer mehr deletäre Gase frei werden. Endlich hören auch diese Reactionsbewegungen auf, es tritt das Coma ein, in welchem Def. sich noch befand, als sie aus der Grube entfernt wurde.

Das Obige zusammenfassend komme ich zu folgenden Schlüssen:

1) Def. ist an einer das Athmungscentrum lähmenden Vergiftung durch H_2S zu Grunde gegangen. Die Aspirationspneumonie ist, wie gewöhnlich, Secundärerscheinung. Die partielle Grünfärbung der Schleimhäute Folge lokaler Einwirkung von Kloakeninhalt. Def. hat nicht weniger als 2 Tage in der Senkgrube zugebracht.

2) Die Section ergiebt keine Anhaltspuncte für die Annahme, Def. sei durch fremde Schuld unter die Einwirkung der tödtlichen Kloakengase gerathen.

2. Exhumation 4 Wochen post mortem. Tod durch Shok sehr wahrscheinlich.

Am 30. Juni 1889 gelangte zur Section die Leiche der am 1. Juni verstorbenen, am 2. Juni bereits beerdigten Würzau'schen Bäuerin Anna Widhel. Nach den polizeilichen Erhebungen lebte die seit 10 Monaten verheirathete Verstorbene mit ihrem Manne in sehr guten Beziehungen. Ihrem Manne, sowie allen Hausgenossen war es bekannt, dass sie in den letzten Monaten der Schwangerschaft sich befand. Ende Mai c. erkrankte der Mann, am 31. Mai Abends führte sie den Mann, der garnicht besser werden wollte, zu einem „labdarra"[1], der nicht nur ihrem Manne, sondern auch ihr, da sie auf dem Wege zu ihm Leibschmerzen bekommen hatte, eine dunkle, trübe Medicin gab. Kaum nach Hause zurückgekehrt, fühlte sie sich krank, und musste sich zu Bette legen. Ihr wurde immer schlechter; es wurde nach einer Hebamme geschickt. Gegen Abend stellten sich Krämpfe ein. Gegen 2 Uhr Nachts wurde ein Arzt geholt; dieser constatirte die Schwangerschaft und klonische Krämpfe des ganzen Körpers mit Besinnungslosigkeit; er hielt den Fall für einen hoffnungslosen, die Kranke dem Sterben nahe; eine gynäkologische Untersuchung wurde von ihm nicht vorgenommen, so dass nicht festgestellt wurde, ob zu der Zeit die Geburt schon im Gange war; nachdem er etwa 10 Minuten bei der Kranken gewesen, fuhr er nach Hause. Gegen 4 Uhr Morgens ist dann der Tod eingetreten. Am 2. Juni Abends fand die Beerdigung statt. Die Frauen, welche das Waschen und Ankleiden der Leiche besorgten, versichern, bei derselben kein Kind gesehen zu haben. Nach einigen Wochen äusserten die auswärtig wohnenden Brüder der Verstorbenen den Verdacht, die Schwester sei eines gewaltsamen Todes, vielleicht durch Vergiftung gestorben. In Folge dessen wurde eine Exhumation und Legalsection der Leiche angeordnet.

Section am 30. Juni c., 29 Tage nach dem Tode.

Nach Erfüllung der gesetzlichen Formalitäten wird das 1 Faden (ca. 2,14 Meter) tiefe, in etwas feuchtem, lockerem, gelbem Sande

[1]) Das lettische Wort „labdarra" bedeutet eigentlich Wohlthäter, soll aber häufig im Sinne „Zauberer, Heilkünstler" gebraucht werden.

befindliche Grab geöffnet und der ausgegrabene Sarg in die Leichenkammer des Thorensberger Kirchhofes gebracht, geöffnet, worauf die Leiche recognoscirt wird. Diese ist mit einem Paradeanzug bekleidet. Beim Entkleiden wird auf und zwischen den Oberschenkeln der Leiche eine wohlgebildete männliche Frucht gefunden, von 47 Ctm. Länge, der Kopf der Frucht den Geschlechtstheilen der Mutter zugekehrt. Hochgradige Fäulniss; aus einer am scharfen Rande der Schläfenschuppe, hinter dem linken Ohre befindlichen Hautöffnung ist das vollkommen gleichmässig dünnbreiige Hirn ausgeflossen. Beim Aufheben der Kindesleiche fahren die Knochenenden des linken Kniegelenkes durch die vollkommen morsche Haut. Keine Spur einer Nabelschnur, an der ihrer Insertion entsprechenden Stelle führt ein von zerfransten Rändern umgebenes Loch direct in die Bauchhöhle. Am Fussende des Sarges findet sich, in ein Handtuch eingewickelt, eine stark zersetzte Placenta mit daran haftender, 5 Mm. dicker, 40 Ctm. langer Nabelschnur, von graurosa Farbe. Das Gewebe der Nabelschnur feucht; keine Verletzungen an ihr. Das Bauchende zerfranst. Die Leiche Defunctae im Zustande hochgradiger colliquativer Fäulniss, nur am Gesicht (auch Zungenspitze) beginnende Mumification. Die Höhlen nicht eröffnet. Die entkleidete Leiche wird auf den Sectionstisch gehoben, wobei man aus der Schamspalte einen fleischigen, schlaffen Körper hervorragen sieht. Die Section beginnt mit der Eröffnung der Bauchhöhle. Bei Untersuchung des Situs viscerum wird der Uterus vermisst. Die Hand gelangt zwischen Blase und Mastdarm in eine Höhlung, welche sich als der vor der Schamspalte liegende, vollkommen invertirte Uterus erweist. Dieser wird mit der gehörigen Vorsicht reponirt, wobei die Wandungen an mehreren Stellen einreissen. Der Querdurchmesser am abgeflachten Fundus uteri nicht grösser als 12 Ctm. Von der Plica vesico-uterina bis zur Höhe des Fundus nicht mehr als 20 Ctm.[1]). Der Bauchfellüberzug des Uterus, wie auch das übrige Peritoneum leicht getrübt, erhält unter Wasser seinen gewöhnlichen Glanz; sonst ist es glatt, zeigt keine Auflagerungen, auch keine Continuitätstrennungen, ausser den durch die Reposition bewirkten. Beim Herausschneiden der Geschlechtstheile weitere Einrisse in die Substanz des Uterus. Nach Eröffnung desselben präsentirt sich die Schleimhaut stark gelockert, zottig, besonders links oben. Die Vaginalportion vollkommen verstrichen. Keine Placenta. Die übrigen Sectionsresultate können übergangen werden, da die hochgradige Fäulniss jedes pathologisch-anatomische Urtheil unmöglich machte. Es sei nur bemerkt, dass auch hier sich in jedem Pleurasack noch etwa 500 Ccm. blutigen Serums vorfand. Die nöthigen Leichentheile wurden lege artis verpackt und nebst einigen Portionen Sand aus dem Grabe zur gerichtlich-chemischen Untersuchung abgefertigt, welche — wie vorgreifend bemerkt sein mag — ein durchaus negatives Resultat ergab.

Die Zersetzung, welche begreiflicher Weise im Verlaufe von 4 Juniwochen zu einem sehr beträchtlichen Grade gelangt war, hatte die Innenorgane derart verändern müssen, dass auf eine positive Erkenntniss der Todesursache von vornherein verzichtet werden musste. In der That war der grösste Theil der Innenorgane zu formlosen breiigen Säcken verwandelt, die keinen Schluss, weder auf Gestalt und Farbe, noch Consistenz, noch endlich auf Blutgehalt und andere Veränderungen während des Lebens, zuliessen. Das einzige positive Ergebniss der Section war der Befund einer Totalinversion der puerperalen Gebärmutter; die Maasse der Gebärmutter, der Zustand der Schleimhaut, sowie das Verstreichen des Scheidentheils lassen darüber keine Zweifel aufkommen. Auch wird ja von sämmtlichen Zeugen zugegeben, dass Def. hochschwanger war. Es fragt sich nun, besteht ein causaler Zusammenhang zwischen Geburt und Tod der Mutter, und zwar welcher? Es sind ja zur Genüge Fälle bekannt, in denen eine übermässige Gasansammlung in der Bauchhöhle das Ausstossen der Frucht aus der Gebärmutter einer in der Schwangerschaft gestorbenen Frau veranlassten; im vorliegenden Falle widersprechen aber schon die Maasse der reponirten Gebärmutter einer solchen Annahme; ein der vitalen Contractilität verlustig gegangener Uterus, der soeben noch eine 9—10-monatliche Frucht eingeschlossen, dürfte sich wohl kaum soweit contrahiren, als es im vorliegenden Falle geschehen. Ferner ist darauf aufmerksam zu machen, dass die Frucht mit dem Kopfe den Geburtsorganen zugekehrt aufgefunden wurde, es müsste also das Kind während der Ausstossung eine Steisslage eingenommen haben — was, wenn auch nicht unmöglich ist, so doch im Ganzen seltener vorkommt. Endlich wären dann Frucht, Nabelstrang und Nachgeburt im Zusammenhang geblieben, in keinem Falle aber konnte durch die supponirte Ausstossung Nabelstrang und Nachgeburt in ein weitabliegendes zusammengewickeltes Handtuch gerathen. Wenn nach diesen Erwägungen ein Ausgestossenwerden der Frucht nach Schliessung des Sarges ausgeschlossen werden muss, so muss in Anbetracht, dass Def. bereits 12 Stunden nach dem Tode beerdigt wurde, dass sich in so kurzer Zeit unmöglich die nöthige Menge von Gasen in der Bauchhöhle ansammeln konnte, auch die Annahme, die Ausstossung sei zwischen Tod und Beerdigung erfolgt, als hinfällig erscheinen. Es erübrigt also nur die Annahme, dass das Kind noch während des Lebens der Mutter geboren wurde; geschah dieses aber noch vor Eintritt der Krämpfe, waren diese durch den Geburtshergang hervorgerufen, oder wurde das Kind während der Krämpfe geboren? Auf alles dieses fehlt eine positive Antwort. Die betheiligten Personen verweigern eine jegliche Auskunft; keine von ihnen will etwas von einem Kinde wissen. Demnach lässt sich folgende Annahme aufstellen, die meiner Ansicht nach einen hohen Grad von Wahrscheinlichkeit für sich beanspruchen kann: Während die junge Frau, ihren kranken Mann stützend, auf dem Wege zum Heilkünstler war, spürte sie Schmerzen, die sie in ihrer Unerfahrenheit sich nicht als Wehen zu deuten wusste; die körperliche Bewegung auf dem Wege, die durch das Stützen des Mannes hervorgerufene Anstrengung mögen den Eintritt der Geburt beschleunigt haben. Zu Hause angelangt, fühlt sie sich schlechter. Endlich treten Krämpfe ein, die wohl als eklamptische aufzufassen sind; das vom Arzte constatirte, mit Bewusstlosigkeit verbundene klonische Auftreten derselben spricht durchaus dafür. Leider fehlt eine genauere ärztliche Untersuchung, die gewiss nicht allzu schwer zu beschaffen gewesen wäre. Der herbeigerufenen Hebamme, so unwissend sie im Uebrigen auch gewesen sein mag, kann es nicht unbekannt gewesen sein, dass sich das Kind unterdessen zur Geburt gestellt hatte. Wohl in der Annahme, nach Beendigung der Geburt würde sich das Allgemeinbefinden der Kreissenden bessern, wurden dann von dieser zur Beendigung der Geburt einige rohe Eingriffe gemacht, die wohl das Kind zu Tage förderten, aber auf eine Weise, dass die Nabelschnur aus ihrer Insertion ausgerissen, die Gebärmutter umgestülpt und die Placenta von derselben abgerissen wurde. Ein derartiges Vorgehen konnte aber auf den durch die Krämpfe ohnehin geschwächten Organismus nur die verderblichsten Folgen haben, es musste Shok eintreten, der dann in Kürze den Tod zur Folge hatte. Es ist sehr leicht möglich, dass alle diese Vorgänge bereits vor Ankunft des Arztes abgespielt hatten, so dass die »Hebamme« allen Grund hatte, demselben ihre Eingriffe zu verschweigen, zugleich aber auch allen Betheiligten Schweigen aufzuerlegen. Daher auch die ungewöhnliche Beschleunigung der Beerdigung. — Die gerichtliche Untersuchung über diesen Fall ist noch nicht abgeschlossen.

[1]) Die Maasse können nur annähernd bestimmt werden, da das Gewebe eine aller Elasticität baare, mehr teigige Masse bildet.

Referate.

R. Sievers: Zur Kenntniss der Motilität des Magens. (Finska läkaresällsk. handl. Bd. 29, S. 405).

Nachdem Verf. durch Versuche an Menschen und Thieren nachgewiesen, dass das Salol oder der salicylsaure Phenoläther im alkalisch reagirenden Darmkanal sich in seine Componenten Salicylsäure und Phenol zersetzt, während dieses im sauren Mageninhalte nicht der Fall ist, wendet er diesen Stoff als Maassstab für die Geschwindigkeit an, mit der der Mageninhalt in's Duodenum übergeführt wird. Es zeigte sich, dass bei gesunden Menschen spätestens 1 Stunde nach Aufnahme von 1 Grm. Salol Salicylsäure im Urin nachgewiesen werden konnte. Bei Personen mit Magenerweiterung trat die betreffende Reaction im Urin erst nach 2—3 Stunden auf. Bei Electrisiren der Bauchwand trat diese Reaction etwas früher ein, so dass also durch Electricität die austreibende Kraft der Magens verstärkt wird.

Buch (Willmanstrand).



Perubalsam gegen Tuberculose.

1) Landerer: Eine neue Behandlungsweise der Tuberculose. (Münch. med. Wochenschr. 1888, № 40).
2) Landerer: Weitere Mittheilungen über die Behandlung der Tuberculose. (Münch. med. Wochenschr. 1889, № 4).
3) Binz (Therap. Monatsh. № 5).
4) v. Vámossy: Zur Therapie der Localtuberculose mit Perubalsam. (Wien. med. Presse 1889, № 17 ff.).
5) Bräutigam und Nowack: Ueber die antibacilläre Wirkung des Perubalsams. (Centralbl. f. klin. Med. 1889, № 24). Cfr. diese Wochenschr. 1889, № 31.
6) Prof. Schnitzler (68. Vers. deutsch. Naturf. u. Aerzte).

1) Auf Grund einer Reihe experimenteller Untersuchungen an tuberculös inficirten Kaninchen, sowie von 51 Beobachtungen an Menschen glaubt Landerer die Behandlung interner tuberculöser Processe mit intravenösen Injectionen von Perubalsam-Emulsion empfehlen zu sollen. Sie wird bereitet aus 1,0 Gumm. arabici in 1,0 Wasser gelöst, dazu unter fortwährendem Rühren 2,0 reinen Perubalsams und 2,0 physiologische Kochsalzlösung (0,75 %) zugesetzt und mit physiologischer Kochsalzlösung auf 10 Ccm. aufgefüllt. Die Mischung wird mit Soda neutralisirt und in Reagensgläsern bei 110° C. sterilisirt.

2) L. hat wegen einiger Unzuträglichkeiten, welche die intravenöse Injection in einem Falle darbot, neuerdings Injection der Emulsion direct in die fungösen Gelenke selbst oder in den M. glutaeus, in neuester Zeit auch schon in ein tuberculöses Infiltrat der Lunge gemacht. Die Gesammtsumme der bis jetzt behandelten Fälle beträgt etwa 70 und ist Verf. zu dem Resultate gelangt, dass mit Hilfe dieser Injectionen operative Eingriffe eingeschränkt und auch innere Tuberculosen beeinflusst werden können; die intravenösen Injectionen seien aber wirksamer, als diejenigen in die Gewebe.

3) Binz schlägt vor, da der Perubalsam häufig verfälscht wird, seine Hauptcomponenten: gegen 60 % Cinnameïn (Zimmtsäure-Benzyläther mit Benzoësäure-Benzyläther), etwa 10 % freier Zimmtsäure und geringe Mengen freier Benzoësäure in einem indifferenten Lösungsmittel, etwa Paraffinum liquidum auf 100 zu verdünnen; die erwähnten Substanzen lassen sich leicht aus anderweitigem Material darstellen.

4) Verf. hat auf der chirurgischen Abtheilung des Bezirkskrankenhauses zu Sechshaus (Dr. Schopf) im Ganzen 28 Fälle tuberculöser Erkrankung der Haut, Drüsen, Knochen und Gelenke meist mit Perubalsamgaze behandelt und ist mit dem Erfolge äusserst zufrieden. Die Emulsion benutzte er nur zu Injectionen in tuberculöse Drüsen und hat, da die Landerer'sche sehr bald den Balsam abscheiden lässt, sie modificirt: Rp. Balsam. peruvian. 1,0, Pulv. Gi. arab., Ol. Amygd. dulc. āā 3,0, Aq. destill. 100,0, Natri chlorati 0,7. Die ausgekratzten Höhlen wurden zuerst mit Carbol oder Sublimat desinficirt und dann mit der Gaze ausgestopft. Er hat, bei grossen Wundflächen, Reizung des Harnapparates mit bräunlicher Verfärbung des Harnes beobachtet, im Gegensatze zu Landerer.

6) Prof. Schnitzler (Wien) empfahl auf der letzten Naturforscherversammlung zur Behandlung der Kehlkopftuberculose Perubalsam mit Collodium; dieses decke, jener desinficire die Geschwürsfläche. (Nach Therap. Monatsh.).

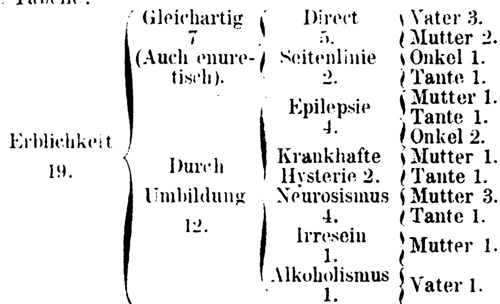
Kleudgen: Ueber das sogenannte moralische Irresein (Moral insanity). (Vierteljahrsschr. für gerichtl. Medic. 1889. Supplement).

Ueber neuere Versuche, mit dem alten unklaren Begriff des moralischen Irreseins ganz aufzuräumen (O. Binswanger, Mendel) ist schon früher (Wochenschrift 1888, p. 216) berichtet worden. Auch K. ist der Ansicht, dass die moralische Perversität stets nur *eine* Symptomenreihe der psychischen Krankheit darstellt und dass die Bezeichnung „moralisches Irresein“ ganz aufgegeben werden muss. Alle von ihm beobachteten Fälle, bei denen entweder während des ganzen Verlaufes der Krankheit oder während einzelner Phasen derselben die unmoralische Handlungsweise das hervorstechendste Symptom bildete, liessen sich bei längerer Beobachtung anderen bekannten Formen von Geistesstörung subsummiren. Bei einem Theil machte die Classificirung keine Schwierigkeiten, sie trugen den Stempel des Schwachsinns deutlich an sich. Ein andere Gruppe, auf die K. besonders die Aufmerksamkeit der Aerzte lenkt, wird in sechs Krankengeschichten vorgeführt. Hier tritt in auffallender Weise die *Periodicität* der Unmoralität zu Tage, es handelt sich bei näherer Betrachtung um periodische, der Manie nahe stehende Exaltationszustände oder um cyklische Seelenstörung. Für zweifelhafte forensische Fälle dieser Art ist die längere Beobachtung in einer Irrenanstalt unumgänglich, um richtig die Krankheitsform feststellen zu können.

Die Anschauung K.'s, dass ein Theil der früher als Moral insanity bezeichneten Fälle als periodische Manie resp. cyklische Seelenstörung angesprochen werden muss, entspricht entschieden den Thatsachen. Für einen anderen Theil werden wir wie früher den angeborenen Schwachsinn als psychiatrische Diagnose hervorheben müssen. Mercklin.

Olivier: Behandlung der Enuresis nocturna der Kinder. (Bullet. de thérap. 1889, pag. 193 ff.)

Hervorzuheben sind aus dieser recht interessanten Abhandlung zwei Momente, ein ätiologisches und ein therapeutisches; sind diese Mittheilungen auch nicht neu, so scheint es ganz nützlich, die Aufmerksamkeit der Aerzte darauf zu lenken. O. betont die erbliche Belastung der enuretischen Kinder, da von 45 von ihm behandelten Kranken 24 erblich belastet waren und giebt folgende Tabelle:



Erblichkeit 19.	Gleichartig 7 (Auch enuretisch).	Direct 5.	Vater 3. Mutter 2.
		Seitenlinie 2.	Onkel 1. Tante 1.
	Durch Umbildung 12.	Epilepsie 4.	Mutter 1. Tante 1. Onkel 2.
		Krankhafte Hysterie 2.	Mutter 1. Tante 1.
		Neurosismus 4.	Mutter 3. Tante 1.
		Irresein 1.	Mutter 1.
		Alkoholismus 1.	Vater 1.

Hinsichlich der Behandlung lobt O. sehr die von Guyon (Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires 1881, p. 211) vorgeschlagene Faradisation des atonisch gewordenen Sphincter urethrae mit einer Metallsonde, an deren unterem Ende eine kleine, gleichfalls metallische Kugel angebracht ist und welche mit einem Inductionsapparat vereinigt wird. Hinze.

J. Fabry: Klinisches und Aetiologisches über Favus. (Arch. f. Derm. u. Syph. 1889, 4. Heft).

F. theilt eine Krankengeschichte aus Prof. Doutrelepont's Klinik in Bonn mit und beschreibt einige Culturen und Impfungen von Favus. Zu ersteren sind Scutula in ganz jungen Stadien besonders geeignet, die am besten auf erstarrtem Blutserum Reinculturen geben. Das Wachsthum ist ein sehr langsames. Erst nach 10—14 Tagen wird es sichtbar. Quincke unterscheidet bekanntlich 3 Favus-Pilze (α, β, γ). F. gelang es immer nur den γ-Pilz zu züchten.

Interessant ist seine Selbstimpfung am Vorderarm mit positivem Resultat. Dieselbe wurde am 10. Mai aus einer Reincultur vorgenommen. Schon nach wenigen Tagen deutlicher rother Kreis, mässiges Jucken. Am 20. Mai macht die Haut den Eindruck als entstände Herpes tonsurans squamosus. Jucken sehr stark. Am 25. Mai sind in dem Herpes-Kreise gelbe, kleine, winzige Pünctchen sichtbar: in Hautschüppchen und epilirten Haaren gelingt der Nachweis von Achorion Schönleini. Die Pünctchen erweisen sich als beginnende Scutula. Am 29. Mai sieht man bereits 5 halblinsengrosse deutlich strohgelbe Scutula, die jedoch noch von verhornter Epidermis überzogen sind. Daneben erst beginnende Scutula.

Die entsprechende Behandlung brachte den Impffavus bald zur Heilung. Petersen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Albert Hoffa (Würzburg): Mittheilungen aus der chirurgisch-orthopädischen Privatklinik des Privatdocenten Dr. A. Hoffa. München 1889. Jos. Ant. Finsterlin.

Verf. will durch diese Schrift einem weiteren Kreise von Collegen gleichsam einen statistischen Jahresbericht über die Thätigkeit in seiner obengenannten Privatklinik, die im Juli 1887 eröffnet worden ist, geben. Der Inhalt umfasst folgende Abhandlungen:

1) A. Hoffa: „Zur pathologischen Anatomie der Patellarbrüche“. Verf. versuchte vielfach auf künstliche Weise einen Patellarbruch herbeizuführen, kam aber erst zu einem Resultat, nachdem er die Patella bis zu $^1/_2$—$^3/_4$ ihrer Dicke durchsägt hatte. Die Aponeurose riss erst später durch nach starker Dehnung, und zwar war der Riss höchst unregelmässig, bald höher, bald tiefer. Verf. befürwortet die unblutige Behandlungsmethode.

2) A. Hoffa: „Zur Vornahme grösserer Operationen an Diabetikern“. Verf. berichtet über einen Pat., der, nachdem er in seinem 55. Lebensalter an Diabetes und Albuminurie erkrankt, durch 3-malige Cur in Karlsbad vom Zucker im Harn befreit worden war, von ihm 5 Jahre später (in seinem 60. Jahre) an einem Carcinom des Mastdarms operirt worden ist. Die Operation verlief normal, der Verband geschah mittelst Jodoformgaze; es trat Jodoformvergiftung ein; nach Entfernung des Jodoforms — 2,4 %, dann 4 % Zuckergehalt der Harnes, Coma, Tod. — Verf. warnt daher vor der Vornahme von grossen Operationen bei Diabetikern, trotzdem dass, wie im vorliegenden Falle, die Wunde gut vernarben kann, weil ihnen das Wiedererscheinen des Zuckers im Harn und Coma diabeticum droht.

3) H. Euringer: „Ein Beitrag zur Arthrodesis paralytischer Gelenke“. Unter Arthrodesis oder Arthrokleisis versteht man



die künstliche Verödung oder Ankylosirung eines Gelenkes, um die betreffende Extremität gleichsam in eine „lebendige Stelze" zu verwandeln. Verf. führt aus der Literatur 50 Fälle an, in denen seit 1878 68 Arthrodesen gemacht worden sind und zwar: am Fussgelenk 22, Kniegelenk 16, Hüftgelenk 26, Schultern 4. — In 36 Fällen war die Extremität in Folge von Poliomyelitis gelähmt. — Das Resultat war in den meisten Fällen ein günstiges, da die Ankylose erfolgte und die Patienten des Tragens schwerer, theurer Apparate überhoben waren.

4) Otto Zimmermann: „Zur Lehre des entzündlichen Oedems". Verf. versteht unter „entzündlichem Oedem" die Gewebsimbibition der Umgebung eines Entzündungsherdes; er führt die Ansicht der verschiedenen Autoren über die Natur des Oedems an und sucht die Frage zu lösen, ob nicht vielleicht „im Serum Mikroorganismen vorhanden". — Das Ergebniss der betr. Untersuchung ist, dass „in keinem Falle aus der entzündlich-ödematösen Flüssigkeit Mikroorganismen gezüchtet werden konnten", „dass mithin die ödematös-geschwellten Theile nicht als selbständig oder activ zu betrachten sind", sondern, „dass die Flüssigkeit des entzündlichen Oedems für Blutserum, das in dem Entzündungsherd selbst transsudirt und durch den hier herrschenden Druck in die benachbarten Bindegewebsräume hineingedrückt worden, zu erklären ist".

5) Otto Seifert: „Ueber Tracheotomie bei Larynxtuberculose". Verf. kommt zum Schluss, dass durch Ausführung der Tracheotomie für Phthisiker keine besondere Gefahren erwachsen, sondern dass das Leben des Pat. nicht nur verlängert, sondern vor Allem erleichtert wird, wobei die Intensität der gleichzeitigen Lungenerkrankung keine Contraindication gegen die Vornahme der Tracheotomie darbietet. Von den eingreifenderen Operationen bei Larynxtuberculose, als Thyreotomie (Laryngofissur), Resection, Exstirpation des Kehlkopfes, ist kein Erfolg zu erwarten.

6) Carl Becker: „Zur Statistik der Laryngofissur". Verf. führt eine Literatur von 120 Fällen an, von denen nur 7 im Anschluss an die Operation gestorben sind; die Hälfte der Operirten waren Kinder. Die Todesursache war: 1 Mal Diphtherie der Wunde, 1 Mal ein nach der Operation sich entwickelnder Croup der Bronchien, 3 Mal Lungenödem (Pneumonie) in Folge des Hinabfliessens von Blut in die Lungen. — Das Ergebniss der Zusammenstellung ist ein für die genannte Operation durchaus günstiges, besonders da in all' den Fällen, in welchen die Stimme heiser blieb oder vollständige Aphonie erfolgte, die Stimmbänder theilweise oder ganz entfernt werden mussten.

7) Albert Hoffa: „Ein Beitrag zur Scoliosenbehandlung". Verf. bietet in der genannten Abhandlung einen interessanten und lehrreichen, durch zahlreiche Illustrationen gut erläuterten Beitrag zur Scoliosenbehandlung, indem er von dem richtigen Standpunct ausgeht, dass beim Skelett einer chronischen habituellen Scoliose dreierlei Veränderungen wahrzunehmen sind: 1) die Wirbelsäule ist *kürzer* geworden; 2) der Rumpf hat sich stark nach der Seite der Convexität verschoben; 3) es besteht eine Torsion der Wirbelsäule. Diese Verdrehung äussert sich in 2 Momenten: einmal bedingt sie den sogen. hinteren und vorderen Rippenbuckel, und dann bewirkt sie eine vollständige Verdrehung des Oberkörpers gegenüber dem Becken.

Verf. bespricht zuerst die Apparate und Corsets verschiedener Autoren und geht dann auf die von ihm mit Erfolg angewandte Behandlungsmethode und die Beschreibung seiner Apparate ein. Als Ziel verfolgt Verf. stets: bei extendirter Wirbelsäule ebensowohl die seitliche Verschiebung des Rumpfes zu corrigiren, wie die Verlängerung des einen Diagonaldurchmessers des Thorax und die Verdrehung des Rumpfes gegenüber dem Becken. — Der Apparat des Verf. besteht in einer Modification des Beely'schen Suspensionsrahmens. Vor dem Anlegen des Detorsionscorsets wird die Wirbelsäule erst allmälig *mobilisirt;* gelingt die Mobilisation nicht, dann ist auch die Behandlung nicht von Nutzen. — Die von Verf. erlangten Resultate sind sehr befriedigend.

Das Nähere ist im Original nachzusehen. Grimm.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 3. October 1889.

1) Dr. Masing spricht über *Accessoriuskrampf (Torticollis spastica)* und stellt einen daran leidenden sowie einen bereits davon geheilten Patienten vor. Der Krampf im Gebiete d. N. accessorius Willisii wird selbst in den grösseren Handbüchern wenig ausführlich abgehandelt, obwohl er durchaus nicht zu den grossen Seltenheiten gehört; bei seinem langen Verlaufe ist der Nerv, besonders der oberflächlich verlaufende Muskelast für den M. sterno-cleido-mastoideus und cucullaris mannigfachen Insulten (durch Traumen, Tumoren etc.) ausgesetzt; häufig ist ein ätiologisches Momen für die Affection nicht nachzuweisen und es wird dann eine „rheumatische" Ursache und dergl. m. supponirt. Das klinische Bild des Krampfes ist ein sehr prägnantes, auch wenn nur einer der beiden vom Accessorius versorgten Muskeln afficirt ist; der M. sterno-cleido-mastoid. nähert die Ohrmuschel dem Schlüsselbein, der M. cucullaris — der Schulter. Die Therapie ist eine sehr verschiedenartige und es sind vielleicht mit einer jeden der vorgeschlagenen Behandlungsmethoden einzelne Erfolge erzielt worden; in der Mehrzahl der Fälle aber widersteht der Krampf jeder Behandlung. Dr. Masing hat gute Resultate von einer *vollständigen Immobilisirung des Kopfes* mittelst eines aus Leder und Stahlschienen gefertigten Apparates gesehen und stellt die folgenden zwei Fälle vor, von denen der erste auf diese Weise geheilt worden ist.

Fall I: Kartenzeichner; Eintritt des Krampfes vor 5 Jahren; der Kopf wurde nach rechts hinübergezogen; Pat. wurde damals von den DDr. Moritz und Dombrowski im Alexanderhospital gesehen, von Dr. Hinze galvanisch behandelt. Dr. Masing versuchte eine vollständige Immobilisirung des Kopfes zunächst dadurch zu erreichen, dass er in der Chloroformnarkose einen Gypsverband um Hals und Kopf anlegte (während der Narkose, als der Verband schon angelegt war, wurde Pat. für kurze Zeit asphyktisch. Vortr. möchte auf diesen unter solchen Umständen sehr fatalen Zwischenfall aufmerksam machen). Als nach 14 Tagen der Gypsverband abgenommen wurde, schien das Resultat für's Erste ein befriedigendes und wurde nun ein vom Mechaniker *Queel* hierselbst angefertigter Leder-Stahlschienen-Apparat angelegt; von diesem wurden später allmälig einzelne Theile entfernt, so dass der Apparat immer kleiner wurde, bis er endlich ganz fortgelassen werden konnte. Ein Recidiv ist bisher nicht eingetreten.

Fall II: Schriftsetzer, hatte im April 1887 eine eitrige Otitis media mit Betheiligung des Processus mastoideus; es wurde ihm der Warzenfortsatz trepanirt und ein drückender Verband angelegt, welcher 9 Tage liegen blieb. Sogleich nach Abnahme des Verbandes traten Zuckungen im Gebiete des N. accessorius auf. Im Marien-Magdalenenhospital führte später Dr. Masing die Dehnung des Nerven aus, aber ohne Erfolg; es wurde nun ein immobilisirender Stützapparat (vom Mechaniker *Billing* hierselbst) angelegt, den Pat. noch gegenwärtig trägt. In ätiologischer Hinsicht ist der Fall insofern von Interesse, als an eine Läsion der oberflächlich liegenden Muskeln resp. der in ihnen enthaltenen peripheren Nervenendigungen durch den drückenden Verband gedacht werden kann.

Das soeben besprochene Heilverfahren und die betr. Stützapparate sind schon früher angewandt worden, doch findet sich bisher in der Literatur kein Fall verzeichnet, der auf diese Weise geheilt worden wäre.

Dr. Anders macht in Bezug auf die Construction des Stützapparates darauf aufmerksam, dass der Kopf am sichersten zu immobilisiren ist, wenn Stirn und Hinterhauptschuppe gleichzeitig vom Apparate gefasst werden.

2) Dr. Westphalen spricht über sogen. *genuine Knochencysten* und berichtet ausführlich über einen einschlägigen, von ihm in Gemeinschaft mit Dr. Koch in Dorpat 1888 beobachteten und von Dr. Wicklein secirten Fall. (Der Vortrag ist zum Druck bestimmt). Zugleich zeigt Vortr. Copien in der Literatur vorhandener makroskopischer Abbildungen dieser Affection und schematische mikroskopische Zeichnungen vor und demonstrirt 2 von dem erwähnten Falle gewonnene mikroskopische Präparate: 1) einen Schnitt durch die Wandung einer Cyste der Tibia; 2) einen Schnitt durch die das Lumen derselben Cyste durchziehenden Knochenlamellen.

3) Dr. Kernig zeigt Dettweiler's *Taschenfläschchen für Hustende* vor und befürwortet sehr warm eine möglichst ausgedehnte Anwendung desselben. Sobald alle Hustenden überhaupt sich des Fläschchens bedienen, werden die Tuberculösen nicht mehr zu fürchten brauchen, die Natur ihres Leidens durch Benutzung des Fläschchens zu verrathen. Die Untersuchungen Cornet's haben die Gefährlichkeit des phthisischen Sputums für die Umgebung des Kranken mit Sicherheit erwiesen; unter allen Umständen ist daher den Phthisischen das Speien auf den Fussboden etc. strengstens zu untersagen; das Auffangen der Sputa mit dem Taschentuche ist gleichfalls zu verbieten; in Privatwohnungen und an öffentlichen Orten ist für Aufstellung geeigneter Speinäpfe zu sorgen; es ist zur Zeit noch eine offene Frage womit die letzteren am besten herzurichten wären: Sand scheint nach Cornet dazu nicht geeignet.

Dr. de la Croix proponirt bei dieser Gelegenheit, für eine der nächsten Sitzungen eine Discussion anzuberaumen über die Frage, ob die neuerdings in den Krankenhäusern eingeführten prophylaktischen und therapeutischen Maassnahmen bereits einen Einfluss auf die *Mortalität an Tuberculose* in den Hospitälern gehabt haben. Der Vorschlag wird angenommen. Dr. de la Croix will in nächster Zeit einige Daten hierüber aus der Statistik des Peter-Paulshospitals vorlegen.

4) Dr. Kernig berichtet über einen kürzlich von ihm beobachteten *Fall von Myxoedem*; derselbe ist früher von Dr. Hampeln (Riga) gesehen und als Myxoedem gedeutet worden und befindet sich seit Jahren in der Beobachtung des Dr. Jürgens (Fennern); letzterer soll in diesen Tagen auf dem Congresse livländischer Aerzte in Wolmar über denselben Fall berichten. Vortr. giebt zunächst, mit Zugrundelegung der Arbeit von Schwimmer (in Eulenburg's Realencyclopädie) u. A., eine allgemeine Darstellung des klinischen Bildes dieser seltenen Affection, der spärlichen anatomischen Befunde bei derselben, der Theorien über ihr Wesen und ihre Beziehungen zur Kachexia strumipriva und geht dann zur Beschreibung des Falles über:



Frl. D., 40 J. alt, hat seit ca. 10 Jahren an starken, unregelmässig auftretenden Uterusblutungen gelitten, wegen deren sie auch gynäkologisch (von Dr. Kessler in Dorpat) behandelt worden ist; seit einem Jahre haben die Blutungen nachgelassen und treten die Menses alle 5—6 Wochen mit mässiger Stärke ein; vor Kurzem hat Dr. v. Stryk (Riga) eine gynäkologische Untersuchung vorgenommen, die aber nichts Besonderes ergeben hat. Seit einem Jahre, also etwa so lange als die Blutungen aufgehört haben, ist der Appetit sehr stark geworden und seit einem halben Jahre hat die Körperfülle in auffallender Weise zugenommen. Pat. soll seit jeher nervös und hysterich gewesen sein und Neigung zu übertriebenen Klagen gezeigt haben. In ätiologischer Hinsicht ist noch hervorzuheben, dass kein Erysipel vorangegangen ist. Pat. ist klein (142 Ctm.) dabei auffallend voll, und hat ein Gewicht von 156 Pfd. (während sie noch vor 4 Jahren nur 96 Pfd. wog!) Das volle Gesicht ist bleich, und zeigt nur *an Wangen und Stirn eine auffallende zarte Röthe*, wie sie als charakteristisch für das Myxoedem angegeben wird; *die Haut und das Unterhautgewebe* des Gesichtes erscheinen bei der Betastung verdickt, *auffallend fest, prall elastisch, derb infiltrirt; dabei hinterlässt der Fingerdruck keine Delle.* Der Hals ist sehr massig, hat einen Umfang von 37,5 Ctm. *Von der Schilddrüse ist, auch bei genauer Palpation, keine Spur zu fühlen.* An Rumpf und Extremitäten ist überall dieselbe prall elastische Infiltration der Haut und des subcutanen Gewebes vorhanden, ohne dass die Extremitäten dabei deform wären; immerhin ist die Dickenzunahme der Hautdecken ein so erhebliche, dass sie nicht gestattet die Finger der Hand zur Faust zu ballen. An den Unterschenkeln besteht ausserdem ein wirkliches doch geringes Oedem; hier hinterlässt der drückende Finger einen deutlichen dellenförmigen Eindruck, während an allen anderen Stellen die Haut und das Unterhautgewebe, sobald der Druck nachlässt, zum normalen Niveau zurückkehren und nur nach sehr starkem Zudrücken in den tieferen Gewebsschichten unter den elastischen Hautdecken eine Impression zurückzubleiben scheint. Die Haut ist gegenwärtig trocken, doch soll Pat. sehr zu Schweissen geneigt sein. Die Sensibilität der Haut (für Nadelstiche) ist herabgesetzt; Pat. hat auch oft das Gefühl von Vertaubung der Extremitäten. Die Zunge ist nicht verdickt, dagegen zeigen die Rachengebilde, besonders das Gaumensegel und das Zäpfchen eine diffuse Infiltration und verminderte Beweglichkeit. Das Haar ist spärlich. Pat. hat einen starken Appetit und Durst und eine besondere Vorliebe für Süssigkeiten; der Stuhl ist regelmässig. Es besteht ein leichter Husten mit häufigem Räuspern; der mitgebrachte Auswurf scheint hauptsächlich Mundspeichel zu sein, war übelriechend; enthält keine Tuberkelbacillen. In der linken Lunge hört man hinten über der Scapula feuchtes Rasseln ohne Dämpfung; im Uebrigen sind die Lungen frei. Herzspitzenstoss nicht fühlbar, Herzdämpfung nach links anderthalb Fingerbreiten über die Mammillarlinie, nach rechts eine Fingerbreite über den rechten Sternalrand reichend; Herztöne dumpf; am ersten Mitralton und ersten Pulmonalton ein leises, offenbar accidentelles Geräusch; zweiter Pulmonalton nicht accentuirt. Puls 80—90, weich. Leber und Milz nicht vergrössert, kein Höhlenhydrops, keine Drüsenschwellung. Der klare Urin lässt bei der Ferrocyankalium-Probe eine leichte Trübung erkennen; enthält keinen Zucker. Temperatur normal.

Pat. macht einen apathischen und stumpfen Eindruck, nimmt an dem Gespräch, das sie betrifft, keinen Antheil, antwortet aber richtig; sie sitzt meist ruhig da, mit schlaff herabhängenden Extremitäten und Kopf, seufzt und stöhnt häufig; ihr Benehmen lässt einen Zug von Hysterie nicht verkennen; nach Aussage der Verwandten ist Pat. auch früher nicht intelligent gewesen, doch ist in letzter Zeit ein auffallender Hang zu allerlei unvernünftigen Streichen zu Tage getreten; durch letztere scheint sie die Aufmerksamkeit der Umgebung auf sich lenken zu wollen. Es besteht offenbar ein erheblicher Grad von Schwäche: Pat. kann nicht lange stehen, sondern lässt sich sogleich auf den nächsten Stuhl nieder; ihr Gang ist langsam; die Körperfülle scheint ihr die Bewegungen zu erschweren. Die subjectiven Beschwerden bestehen in Druck im Epigastrium, Dyspnoe, Ohrensausen und Blutwallungen. Die Sprache ist nicht verändert.

Der hier mitgetheilte Fall dürfte nächst den zwei von Prof. Botkin (Jeshenedeljnaja Klin. Gas. 1887) veröffentlichten der dritte in Russland beobachtete Fall von Myxoedem sein.

Secretär: Dr. E. Blessig.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Koch (Wien. klin. Wochenschr. 1889, № 27) rühmt sehr die im Rudolfsspitale gebräuchliche Behandlung des Erysipels. Eine aus Rp. Creolin. 1,0, Jodoform. 4,0 und Lanolin 10,0 bestehende Salbe wird mit einem weichen Pinsel gleichmässig dick auf die geröthete Haut und 3—4 Querfinger im Gesunden aufgestrichen und Guttaperchapapier darüber gebreitet. Auf dem Kopfe werden die Haare kurz geschoren, die mit Guttapercha bedeckte aufgetragene Salbe mit Watte und Binden befestigt, die Eingangspforten (Nase u. dergl.) für das Virus werden ebenfalls behandelt. (Therap. Monatsh. № 9).

— *Schnee als Heilmittel.* — Wettendorfer (Wien) theilt als „Therapeutisches Curiosum" mit, dass er vor 14 Jahren in einem Fall von hartnäckigen venerischen Geschwüren des Penis schliesslich Schnee angewandt habe, der bei der Landbevölkerung Ungarn's als Heilmittel gegen Frostbeulen und Geschwüre sehr beliebt ist. Er liess den Penis in einem mit Schnee gefüllten Gefäss tragen, das Pat. auch des Nachts nicht entfernte; es folgte rasche Reinigung der Geschwüre und Heilung in 8 Tagen. — Seitdem hat W. jeden Winter den Schnee als Heilmittel benutzt und im vergangenen Jahre gute Erfolge bei chronischen Fussgeschwüren gehabt. (Int. kl. R. № 45.)

— Gegen *Hyperemesis gravidarum* empfiehlt Gottschalk (Berlin) das *Menthol* in folgender Formel: Rp. Menthol 1,0, Spir. vini 20,0, Aq. dest. 150. MDS. stündlich 1 Esslöffel. Er hatte damit raschen Erfolg in einem Falle, in welchem er vor ca. 1/4 Jahr die Schwangerschaft wegen Hyperemesis hatte unterbrechen müssen und nach wieder eingetretener Conception von der 6. bis 13. Woche vergeblich wegen erneuter Hyperemesis behandelt hatte.

— Nach Ruhemann (Therap. Monatsh. IV, 1889) bindet Carbolsäure bei Körpertemperatur 3 Mal so viel Jod, als bei Zimmerwärme und müsste deshalb, wegen Bildung von unwirksamen Jodphenolen, bei Abrasio uteri nach dem Curettement und Benutzung von 200,0—500,0 Carbollösung zum Nachspülen statt 1,5—2,0 Jodtinctur, 4,0—6,0 eingespritzt werden, um einen Ueberschuss an freiem Jod zu erhalten. Das Anfangs farblose Jodphenol wird, ohne nachweisbares freies Jod zu enthalten, nach einigen Wochen braun; SO_2 und NO_4 machen Jod daraus frei, an Hühnereiweiss giebt das Jodphenol kein Jod ab.

— Holm (N. Mag. for Lägerid. Forh. 1886 p. 191). Um Inhalationen von Argent. nitr. machen zu können, muss dieses mit Ammon. nitricum geschmolzen und in gelindes Kochen gebracht werden; dabei zersetzt sich das Ammoniumnitrat in NO und Wasser und wird das Ag. O NO_5 als feiner Nebel in die Luft gebracht. (Virch. Jahresbr. 1888, III, p. 361).

— Huchard (*Coffeïn bei adynamischen Zuständen.* Rev. génér. de clin. et de thérap. 1889, № 25) betont, dass grosse subcutane Gaben von Coffeïn lebensrettend in adynamischen Zuständen wirken, dass das Mittel im Gegensatze zur Digitalis zuerst das Nervensystem und dann erst das Herz beeinflusse und dass 2,0—3,0 Coffeïn subcutan ohne jede Scheu angewandt werden können, während die tägliche Anwendung von 0,2—0,5 illusorisch sei. (Therap. Monatsh. № 8).

— Die *Eisenbahnhygiene* bildete einen Gegenstand der Tagesordnung der vom 14.—17. September v. J. in Strassburg i/E. tagenden Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege. In dem Referate des Geh. Bauraths Wichert (Berlin), dem Correferat Prof. Löffler's (Greifswald) und in der daran sich schliessenden Discussion wurden folgende Puncte erörtert: Heizung, Beleuchtung, Lüftung, Kühlung der Waggons; Schutz des Publicums gegen Unfälle, gegen Ansteckung durch Kranke und reconvalescente Mitreisende (besonders Tuberculöse); Desinfection der Waggons, besonders zur Zeit von Epidemien; Hilfeleistung bei Erkrankungen und Unfällen auf der Reise. (Wien. med. W. № 40.)

— Fournier empfiehlt gegen *Soor*, von einer Lösung von 1,0 *Saccharin* auf 50,0 Spirit. vini 1 Kaffeelöffel mit einem halben Glase Wasser zu vermischen und 5 Mal zu pinseln. (Therap. Monatsh. № 8).

— Rabow empfiehlt folgendes, vor dem Gebrauche umzuschüttelndes *Haarwasser.* Rp. Spirit. saponis, Aqu. coloniensis ää 100,0 G., Tinct. chin. comp. 2,0. (Therap. Monatsh. № 8).

Vermischtes.

— *Befördert: Zum Geheimrath* — der Director des Kinderasyls des Cäsarewitsch Nikolai Alexandrowitsch zu St. Petersburg, Dr. Rosenberg. *Zum Wirkl. Staatsrath* — der Flaggmannsdoctor der baltischen Flotte Dr. Iwanow. *Zum Staatsrath* — der Wesenbergsche Kreisarzt Dr. Voss.

— *Ordensverleihungen: Der St. Wladimir-Orden III. Classe* — dem Flaggmannsdoctor der baltischen Flotte, Wirkl. Staatsrath Dr. Smirnow; den Proff. der Medicin an der Moskauer Universität, Wirkl. Staatsräthen Tscherinow und Makejew. *Der St. Annen-Orden II. Classe* — dem Professor der Chirurgie in Kiew, Staatsrath Dr. Bornhaupt und dem Arzt am adeligen Fräulein-Institut in Poltawa, Staatsrath Dr. Meyer.

— *Verstorben*: 1) Am 7. Januar in Kiew der Militär-Medicinalinspector des Kiewschen Militärbezirks, Geheimrath Dr. Nik. Subowski. 2) In Ssamara der Leiter der dortigen Pasteurschen bacteriologischen Station, W. Parschenski, am Herzschlage im 30. Lebensjahre. 3) Im Kreise Starobelsk (Gouv. Charkow) der Landschaftsarzt N. Twerdochlebow. Obschon der Verstorbene 15 Jahre als Landschaftsarzt thätig gewesen ist, hat er seine Frau mit mehreren Kindern doch ohne jegliche Existenzmittel hinterlassen. Etwaige Spenden für die bedürftige Familie übermittelt Dr. Шафрановскій in Бѣловодскъ, Харьковской губ. (Wr.). 4) Im Kreise Atkarsk (Gouv. Ssaratow) der dortige Landschaftsarzt W. Pastuchow. 5) In Halle a/S. der

Sanitätsrath Dr. Carl Kunze im 64. Lebensjahre. Der Verstorbene ist rühmlichst bekannt durch sein 1863 erschienenes „Compendium der praktischen Medicin", welches 9 Auflagen erlebt hat und auch in's Russische übersetzt worden ist. K. war früher auch Redacteur der „Deutschen Zeitschrift für praktische Medicin". 6) In Heidelberg der Prof. emer. der Anatomie und Physiologie Dr. Friedr. Arnold im 88. Lebensjahre. Der Hingeschiedene genoss einen grossen Ruf als Forscher und Gelehrter; von seinen zahlreichen Arbeiten erwähnen wir hier nur sein „Lehrbuch der Physiologie" und sein „Handbuch der Anatomie des Menschen". 7) In Heidelberg der Professor der internen Medicin und Pädiatrie, Dr. Th. Freiherr v. Dusch, im 66. Lebensjahre.

— Bezüglich der *Frage, ob die Städte, in welchen die Städteordnung von 1870 eingeführt ist, zur Besoldung von Stadtärzten verpflichtet* sind, hat der dirigirende Senat, veranlasst durch häufige Beschwerden von Stadtverwaltungen, neuerdings eine *Entscheidung* gefällt, welche dahin lautet, dass die Städte, in welchen vor der Einführung der Städteordnung auf Grund der Bestimmungen v. Jahre 1843 und 47 Stadtarztstellen eingerichtet worden sind und für dieselben eine obligatorische Gagirungspflicht statuirt worden ist, auch fernerhin verpflichtet seien, Stadtärzte zu unterhalten, obgleich diese Verpflichtung nicht in das Verzeichniss der obligatorischen Ausgaben in der Städteordnung aufgenommen ist, da mit Einführung der neuen Städteordnung die Aemter von Stadtärzten nicht zugleich aufgehoben, sondern bestehen geblieben sind. Jedoch wird den Communalverwaltungen im einzelnen Falle die Berechtigung zugestanden, um Aufhebung des Stadtarztpostens zu petitioniren, unter genauer Darlegung der Motive und des Modus, nach welchem die Obliegenheiten eines Stadtarztes ohne Schädigung der öffentlichen Interessen auf andere Personen übertragen werden könnten.

— Zum Nachfolger Prof. Rich. Volkmann's als Director der Universitätsklinik in Halle ist Prof. Otto Madelung in Rostock in Aussicht genommen. Madelung, welcher gegenwärtig im 44. Lebensjahre steht, war ursprünglich Irrenarzt und wurde erst in den Kriegsjahren 1870 und 1871 Chirurg. Nach dem Kriege war er Assistent des Prof. Wilh. Busch in Bonn, nach dessen Tode ihm die interimistische Leitung der chirurg. Klinik übertragen wurde.

— Der bekannte Gynäkolog Prof. Dr. Gusserow, Director der geburtshilflichen Klinik in der Charité in Berlin, beging am 19. Januar n. St. sein *25-jähriges Docenten-Jubiläum*, bei welcher Gelegenheit ihm Ovationen von seinen Zuhörern dargebracht wurden.

— Der berühmte Chirurg, Prof. v. Nussbaum in München ist seit einiger Zeit schwer krank, in letzter Zeit soll jedoch Besserung eingetreten sein.

— Der „Allg. Wiener med. Ztg." zufolge, soll es Prof. Weichselbaum in Wien gelungen sein, aus dem Nasensecret, sowie aus der Luft in der Umgebung von Influenzakranken einen *Diplokokkus zu züchten*, welcher mit dem der Pneumonie grosse Aehnlichkeit hat. In der ersten Sitzung der Wiener Gesellschaft der Aerzte wird Prof. Weichselbaum Näheres darüber berichten.

— Der deutsche, in Paris lebende Augenarzt Dr. Emil Berger, dessen in deutscher Sprache veröffentlichtem Werke über Erkrankungen des Auges von der Pariser Academie der Wissenschaften im vorigen Jahre der *Prix Monthyon* zuerkannt wurde, ist jetzt in Anerkennung seiner wissenschaftlichen Leistungen vom französischen Unterrichtsminister zum *Officier der Academie* ernannt worden. (A. m. C.-Ztg.)

— Die Gesammtzahl der Studirenden an der *Universität Zürich* beläuft sich im laufenden Semester auf 501, von denen 168 Ausländer sind. Unter den letzteren bilden die Russen mit 68 Stud. die Mehrzahl. Dem Geschlechte nach gehören 73 dem weiblichen Geschlecht an, von denen 34 auf Russland, 14 auf Deutschland und nur 9 auf die Schweiz selbst entfallen. 54 von den 73 Damen studiren Medicin, darunter 9 Deutsche und 27 Russinnen.

— Der Verein für innere Medicin in Berlin hat auf Initiative des Prof. Leyden ein *Comité zur Sammelforschung über die gegenwärtige Influenzaepidemie* gebildet, welches mit den Delegirten der „Berl. medicin. Gesellschaft" zusammen eine Fragekarte (15 Fragen) entworfen hat, die in nächster Zeit an jeden deutschen Arzt versandt werden wird. Es ist von Berlin aus auch das internationale Comité zur Sammelforschung in London zu derselben Enquête aufgefordert worden.

Bei uns hat die II. Section der *russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit* eine ähnliche Sammelforschung über die Influenzaepidemie in die Hand genommen. Sie wendet sich an alle Aerzte mit der Bitte, dieser Section Nachrichten über die Epidemie nach einem Programm zuzusenden, welches wir nächstens mittheilen werden.

— Welche Absonderlichkeiten in dem freien Amerika möglich sind, beweist die Gründung einer neuen Gesellschaft. Da nämlich in letzter Zeit fast überall in Amerika der Anfang damit gemacht worden ist, die Quacksalberei zu verfolgen, so haben die Personen, welche Kranke behandeln, ohne irgend eine medicinische Bildung zu haben (Irregulars), einen Verein (Massachusett's Constitutional Liberty League) gebildet, der sich die Aufgabe gestellt hat, auf jede Weise den Maassregeln, welche zur Unterdrückung der Quacksalberei ergriffen werden, Widerstand zu leisten und ihnen entgegen zu wirken. (Med. Record. — Wr.).

— Dr. Victor Lange (Kopenhagen) berichtet *über einen seltenen Fall von Idiosynkrasie gegen Tannin bei äusserlichem Gebrauche*: Den 29. April 1889 consultirte ihn ein 29-jähriger Herr aus Finnland wegen eines chronischen Nasen- und Rachencatarrhs. Bei der Untersuchung der Nase und des Rachens zeigte sich nur ein geschwollener Zustand der lebhaft rothen Schleimhaut. Laryngoskopisch fand sich nur Röthe im Aditus laryngis; die Schleimhaut in der Trachea etwas injicirt; die Stimmbänder gesund. Der Nasenrachenraum war frei. Den 27. October wurde der Rachen mit einer *Tanninlösung (1:5) gepinselt*. Unmittelbar nach der Pinselung entstand eine starke Anschwellung der Schleimhaut, eine vollständige Verstopfung der Nase und eine starke wässerige Secretion. Bei der Untersuchung fand sich ein grosses Oedem des weichen Gaumens und der Uvula, die dem Zungenrücken anlag. Es wurden Eispillen und kalte Umschläge am Halse verordnet. Eine Stunde nach der Pinselung klagte der Kranke über ein *leichtes Benommensein* und ein *unerträgliches Jucken auf dem ganzen Körper*. Es zeigte sich ein ausgesprochenes *universelles Urticaria-Exanthem*. Am nächsten Tage war dieses verschwunden, und die Schleimhaut im Rachen nur wenig geschwollen; nur blieb die Uvula noch ein paar Tage leicht ödematös. Uebrigens befand sich der Kranke ganz wohl. Bei dem Patienten waren ungefähr dieselben Erscheinungen schon zweimal nach dem Gebrauch von Tanninpräparaten, das eine Mal in Pulverform, das andere Mal in Lösung aufgetreten. Er hatte ausserdem das eine Mal eine starke Müdigkeit und Abgeschlagenheit gefühlt; es war ihm, „als sei sein Gehirn leer". Der Harn hatte beide Male ein dunkles Aussehen gehabt. In dem erwähnten Falle scheint Dr. L. eine Vergiftung vorgelegen zu haben. Dafür spreche in erster Linie das Auftreten von Urticaria-Exanthem und zweitens das Benommensein des Kranken. Ferner berichtet Dr. L. über eine in gewissen Beziehungen analoge Wirkung von Jod: Ein Patient, der an Syphilis leidet, hat eine ausgesprochene Idiosynkrasie gegen Jodkalium. Verf. behandelte einen chronischen Rachencatarrh dieses Pat. mit einer Jodlösung und pinselte mit einer gewöhnlichen *Jod-Jodkali-Glycerinlösung* (1:2:100); ein paar Minuten nach der Pinselung trat ein heftiger Schnupfen ein, und es entwickelte sich im Laufe einer Viertelstunde ein so unangenehmer Zustand, dass der Kranke die grösste Mühe hatte, nach Hause zu kommen, und den Tag über ganz arbeitsunfähig war. — Einen ähnlichen, aber viel ernsteren und stürmischeren Fall von Jodvergiftung nach Pinselung mit Jodtinctur (wegen unbedeutender Verstauchung der Hand) hat Dr. Lorenz im Jahre 1889 in der „Deutschen med. Wochenschr." № 45 berichtet. Die drohenden Erscheinungen danach hörten erst nach 3 Tagen auf. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 14. Januar d. J. 5775 (112 mehr als in der Vorwoche), darunter 156 Typhus- (6 weniger), 654 Syphilis- (38 mehr), 96 Scharlach- (4 mehr), 14 Diphtherie- (2 mehr), 72 Masern- (16 mehr), 89 *Influenza-* (10 weniger als in der Vorwoche) und 5 Pocken-Kranke (wie in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 7. bis 13. Januar 1890.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
334	238	572	80	45	89	20	5	13	57	89	49	58	39	18	9	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 8, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 1, Masern 25, Scharlach 27, Diphtherie 7, Croup 1, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 0, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 155, Tuberculose anderer Organe 6, Alcoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 29, Marasmus senilis 21, Krankheiten des Verdauungscanals 47, Todtgeborene 24.

☛ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 23. Januar 1890.

Tagesordnung: Mag. J. Martenson: Die Mikroskope von Zeiss. Zugleich ein Rückblick über die 300jährige Geschichte der Mikroskope.

☛ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Dienstag den 13. Februar 1890.

Adressen von Krankenpflegerinnen.

*Adelheid Vogel, В. О. 17 л., д. 12.
*О. Д. Кондратьева, Малая Итальянская, 43, кв. 20.
*Frau Marie Kubern, В. О. уголъ 5 лин. и Академ. переул., д. 1/6, кв. 21.
*Амалія Львовна Риттеръ, по Лиговкѣ, домъ Фредерикса, 2 лѣстница, корридоръ 11, комната 67.
E. van der Vliet, по Екатерининскому каналу, д. 172/174, кв. 61.
Pauline Eurich, Ивановская ул., д. 18, кв 11.
Amalie Schulze, Площадь Александр. театра, д. 6, кв. 53.
Maria Brüllow, В. О. 6 л., д. 29, кв. 25.
Вдова Гусарова, Забалканск. просп. д. 18, кв. 34.
Frau E. Kröger, Средняя подъяческая, домъ № 10 кв. 12.
Diakonisse Elise Tennison, Новои акіевская улица, д. 20, кв. 8.
M. M. Сурошкевичъ, Пески, 6-я ул., д. № 25, кв. 6.

Medico-mechanisches
INSTITUT
von Dr. **W. Djakoffsky & Co.**
St. Petersburg, Kasanskaja № 3.

Aerztliche und **diätetische** Gymnastik (nach dem mechanischen System des Dr. Zander in Stockholm.) **Massage.** **Orthopädische Behandlung** der Rückgratsverkrümmungen und anderer Deformitäten. 139 (4)
Empfang **täglich** von 10—4 Uhr.



„ist heute schon berufen, unter den Desinfections-Mitteln die erste Stelle einzunehmen. — Selbst vor dem heroisch wirkenden Sublimat verdient es namentlich in der Geburtshilfe bevorzugt zu werden." (Dr. Jac. Munk.)
Der vielen werthlosen Nachahmungen halber, deren Erzeuger zum Theil unsere Prospecte, Etiquetten etc. wörtlich nachdrucken, sowie der Umstand, dass das Wort **Creolin** (unser geistiges Eigenthum) in Deutschland und Oesterreich nicht zu schützen, versenden alle unsere Gefässe stets mit **Plomben (W. P. & Co.)**, worauf in allen Fällen zu achten bitten. 5 (5)
William Pearson & Co., Hamburg.

Prospecte und Drucksachen gratis.
☛ **Alantol Mrp.** Dosis 0,5—1,0,
☛ **Helenin Mrp.** „ 0,03—0,1,
c. Entzündung der Athmungsorgane;
☛ **Alantol-Heissluft-Inhalator** ☚
zur Heilung der Lungentuberculose empfohlen Berlin. Med. C.-Ztg. 44, 88 von Dr. med. Michaelis. Zu beziehen durch **G. Marpmann, Gr. Neuhausen** bei Erfurt, sowie durch die meisten **Apotheken u. Droguenhandlungen en gros.**

Hotel Roth
in Clarens-Montreux.
DEUTSCHES HAUS.
Bestens empfohlen. Das ganze Jahr eröffnet.

Gemüthskranke
finden jeder Zeit Aufnahme in der
Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt
7 **in Bendorf bei Coblenz.** (12)

Въ книжномъ магазинѣ **К. Л. РИККЕРА.** въ С.-Петербургѣ поступилъ въ продажу

КАЛЕНДАРЬ для ВРАЧЕЙ
ВСѢХЪ ВѢДОМСТВЪ.
1890 г. (XXII-й годъ изданія).
подъ редакціей проф. **В. К. Анрепа** и д-ра мед. **Н. А. Воронихина.**
Цѣна въ коленкор. переплетѣ 1 р. 80 к. / „ „ кожаномъ „ 2 р. 10 к. — За пересылку по почтѣ 20 к.

Verlag von **Breitkopf & Härtel** in Leipzig.

Einladung zum Abonnement
auf
Centralblatt für die gesammte Medicin.
(Klinische Medicin — Chirurgie — Gynäkologie — Medicinische Bibliographie und Anzeiger.)
Jahrgang 1890.
Wöchentlich mindestens $3^1/_2$ Bogen in Umschlag. Preis vierteljährlich M. 12.50.
Einzelausgaben:

Centralblatt für klinische Medicin,
herausgegeben von
Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
redigirt von **A. Fränkel.**
XI. Jahrg. 1890.
Wöchentlich mindestens 1 Bogen gr. 8°.
Preis pro Halbjahr M. 10.—.

Centralblatt für Chirurgie,
herausgegeben von **E. von Bergmann, F. König, E. Richter. XVII. Jahrg. 1890.**
Wöchentlich mindestens 1 Bog. gr. 8°.
Preis pro Halbjahr Mk. 10.—.

Centralblatt für Gynäkologie,
herausgegeben von **Heinrich Fritsch,**
XIV. Jahrg. 1890.
Wöchentlich mindestens 1 Bog. gr. 8°.
Preis pro Halbjahr Mk. 10.—.

Medicinische Bibliographie und Anzeiger,
bearbeitet von Dr. **Arthur Würzburg,** Bibliothekar im Kaiserl. Gesundheitsamte.
Jahrg. 1890. — Wöchentl. $1^1/_2$ Bog. gr. 8° Preis pro Halbjahr M. 3.—.
Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten entgegen.
☛ Probenummern unentgeltlich. ☚ 13 (1)

Abonnements-Einladung.
Wiener Medicinische Wochenschrift.
Begründet 1851 von Dr. **L. Wittelshöfer.** Redigirt von Dr. **Heinrich Adler.**
40. Jahrgang 1890.
Erscheint jeden Samstag.
Die „Wiener Medicinische Wochenschrift" bringt in zahlreichen Original-Artikeln Beiträge der ersten Fachautoritäten, namentlich der hervorragendsten Kliniker und Spitalärzte Oesterreich-Ungarns, sowie eine umfassende Uebersicht über alle wichtigen sonstigen Publicationen. — Pränumerationspreis mit Zusendung durch die Post inclusive der Beilage **„Der Militärarzt"** pro anno **24 Mark.**

Centralblatt für die gesammte Therapie.
Herausgegeben von Dr. **M. Heitler,** Docent an der Wiener Universität.
VIII. Jahrgang 1890. Monatlich ein Heft von 4—5 Bogen.
Dasselbe befriedigt die Bedürfnisse des praktischen Arztes in eminenter Weise. In monatlich erscheinenden Heften werden in Originalien und Referaten die neueren Erfahrungen auf dem Gebiete der Therapie mit kritischer Auswahl in übersichtlicher Form geboten, so dass der Praktiker in demselben einen verlässlichen Führer für sein ärztliches Handeln findet. — Abonnementspreis pro anno **12 Mark.**
☛ Pränumerations-Aufträge auf obige Zeitschriften erbittet man **direct** an die Administration derselben:
Buchhandlung Moritz Perles, Wien I. Seilergasse № 4,
☛ oder durch jede Buchhandlung. ☚

Oberbrunnen
Heilbewährt seit **1601.** Besonders wirksam bei Erkrankungen der Athmungsorgane und des Magens, bei Skrophulose, Nieren- und Blasenleiden, Gicht, Hämorrhoidalbeschwerden und Diabetes.
Versand der Fürstlichen Mineralwässer von Ober-Salzbrunn
Furbach & Strieboll.
Niederlagen in allen Apotheken und Mineralwasserhandlungen.
Kurort-Salzbrunn-Schlesien.
Kursaison vom 1. Mai bis Ende September

XV. JAHRGANG. **St. Petersburger** Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

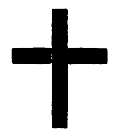
unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,
St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — **Referate** werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 4 St. Petersburg, 27. Januar (8. Februar) **1890**



Professor Dr. Eduard von Wahl.

Am Montag den 22. d. M. ist Dr. Eduard v. Wahl, ordentlicher Professor der Chirurgie an der Universität Dorpat zur letzten Ruhe bestattet worden. Angesichts des Blumenhügels, den Liebe und Verehrung über dem Sarge des theuren Dahingeschiedenen gewölbt haben, ziemt es sich wohl, dass wir uns sein Leben und Wirken noch einmal vergegenwärtigen und uns Rechenschaft darüber abgeben, was v. Wahl uns gewesen und was er geleistet und geschaffen hat.

Eduard v. Wahl wurde am 19. Februar 1833 auf dem Gute Wattel in Estland geboren; seine erste Schulbildung erhielt er in Privatlehranstalten zu Walk und Reval, die classische Gymnasialbildung erwarb er sich auf dem Landesgymnasium zu Birkenruhe. Als Sohn eines Gutsbesitzers verbrachte er einen grossen Theil seiner Jugend auf dem Lande im nördlichen Theil Livlands und bei der innigen Wechselwirkung zwischen Natur und Geist, die das Landleben mit sich bringt, mag sich im empfänglichen Gemüth des Knaben schon bald der Trieb zu intensiverer Naturbeobachtung entwickelt haben. Jedenfalls hat v. Wahl sich in den ersten Jahren seines Universitätslebens mit regem Eifer der Naturwissenschaft in ihrem weitesten Umfange hingegeben. Im II. Semester 1851 als Stud. mineralogiae an der Universität Dorpat immatriculirt, schloss er seine Studien im Jahre 1855 mit dem Grade eines Candidaten der physiko-mathematischen Facultät ab, nachdem er zuvor als erste Frucht seines Forschertriebes eine vortreffliche Untersuchung und Beschreibung der Süsswassermuscheln Livlands geliefert hatte. Diese Arbeit, deren Thema als Preisaufgabe für das Jahr 1854 von der physiko-mathematischen Facultät aufgestellt worden war, trug ihm die goldene Medaille ein, welche die Universität ihrem Schüler als höchste wissenschaftliche Anerkennung zusprach. Die Arbeit ist sodann in dem Archiv für die Naturkunde Liv-, Est und Kurlands veröffentlicht worden.

Als treuer Sohn seiner Heimath trat er nun zunächst als Auscultant am Dorpat'schen Landgericht in den Landesdienst; bald jedoch zog es ihn mächtig zurück zu den naturwissenschaftlichen Studien und wenn er bisher das weite Gebiet der allgemeinen Naturwissenschaften nach den verschiedensten Richtungen durchwandert hatte, so concentrirte er sich nun auf das am Höchsten organisirte Object derselben — den Menschen. Seiner Neigung folgend, wandte er sich dem Studium der Medicin zu, welches er im Jahre 1859 mit Erwerbung des Grades eines Doctors der Medicin absolvirte. Seine Dissertation trägt den Titel: De retinae in monstro anencephalico textura.

Nach einem Aufenthalte im Auslande, den v. Wahl zu seiner weiteren Ausbildung speciell in der pathologischen Anatomie benutzte, beginnt mit dem Jahre 1860 für ihn die Periode der praktischen ärztlichen Thätigkeit in unserer Residenz. Wie überhaupt in v. Wahl's Leben sich die wissenschaftliche Weiterentwickelung durch den Fortschritt vom Allgemeinen zum Speciellen charakterisirt, wie der Candidat der Naturwissenschaften zum Mediciner wird, so sehen wir nun weiter den von allgemeinen Gesichtspuncten ausgehenden, sich in den verschiedensten Zweigen des ärztlichen Berufes versuchenden und bewährenden Mediciner allmälig zum speciellen Chirurgen werden. Die fortschreitende wissenschaftliche Vertiefung brachte zugleich eine Beschränkung in der Extensität seiner Studien mit sich. Als Ordinator am Peter-Paulshospital und am Marienhospital, wo er zuerst einer chirurgischen Abtheilung vorstand, sowie weiterhin als älterer Ordinator in dem für Cholera- und Febris recurrens-Epidemien temporär bei der Ismailow'schen Kaserne gegründeten Krankenhause, sehen wir v. Wahl in allen Zweigen der inneren Medicin und Chirurgie thätig. Auch mit der gerichtlichen Medicin machte er sich als Mitglied des St. Petersb. Stadtphysikats sowie als Consultant für pathologische Anatomie bei gerichtlichen Sectionen bekannt. Trotz seiner ausgedehnten Privatpraxis verlegte v. Wahl das Schwergewicht seiner Arbeit doch in den Hospitaldienst, weil er in diesem das Material zur exacten Beobachtung und zur Befriedigung seines wissenschaftlichen Strebens fand. Ein Zeugniss für die Vielseitigkeit seiner Interessen legen seine aus dieser Zeit stammenden Arbeiten ab, welche sich gleichmässig auf chirurgische, intern-medicinische und pathologisch-anatomische Fragen verbreiten. Als wichtigste Arbeiten aus dieser Periode mögen folgende hervorgehoben werden:

- Ein Fall von Mycose des Magens, welche in Virchow's Archiv erschien und zu den ersten Vorläufern der heute zu Tage jedem Arzte geläufigen Anschauung gehört, die in parasitären Einflüssen eines der wichtigsten Momente für die Pathogenese der Magenkrankheiten erblickt; ferner:
- Ein Fall von acuter Endocarditis an den Klappen der Pulmonalarterie.
- Beiträge zur purulenten und septischen Infection.
- Zur Statistik der Pneumonie.
- Zur Klinik der purulenten und septischen Infection.
- Die Amputation im Knie nach Gritti.

Seit dem Jahre 1868 bekleidete v. Wahl die Stellung des ordinirenden Arztes der chirurgischen Abtheilung des Kinderhospitals des Prinzen von Oldenburg. Durch das reiche Material dieses Krankenhauses, dem damals und wohl auch jetzt unter den Kinderhospitälern nicht nur Russlands die erste Stelle gebührt, ist v. Wahl eigentlich erst zum ausschliesslichen Chirurgen geworden, wofür seine nach 1868 erschienenen Arbeiten den Beweis liefern. Die Mannigfaltigkeit der behandelten Gebiete verschwindet nun, und an die Stelle derselben tritt die Planmässigkeit der Arbeit eines Mannes, der sich des Gebietes bewusst geworden ist, auf dem er die besten Erfolge seines Lebens erreichen soll. War es auch vorzugsweise Kinderchirurgie, welche sich ihm hier darbot, so hat v. Wahl doch nebenbei in privater und consultativer Thätigkeit reichlich Gelegenheit gehabt, auch an Erwachsenen seine Thätigkeit zu üben und Erfahrungen zu sammeln. Als reifes Ergebniss der achtjährigen Arbeit am Kinderhospital, mit dessen Oberarzt, Dr. Rauchfuss, ihn ein herzliches Freund-



schaftsverhältniss verband, ist die Bearbeitung der Knochen- und Gelenkkrankheiten der Kinder im Gerhardt'schen Sammelwerke der Kinderkrankheiten allbekannt.

Durch seine Mutter, eine geborene Engländerin, hat v. Wahl sich früh nicht bloss mit der englischen Sprache, sondern auch mit der Literatur dieses Landes bekannt gemacht. Daher nicht bloss in seinen Lebensgewohnheiten die Vorliebe für englische Sitte, sondern auch seine wissenschaftliche Hinneigung zur englischen Chirurgie, die ihn zum begeisterten Anhänger der genialen Erfindungen Lister's machte, lange bevor dieselben zum Gemeingut aller Chirurgen geworden waren.

Durch das Vertrauen seiner hohen Gönnerin, der Grossfürstin Katharina, zum Inspector sämmtlicher patriotischer Mädchenschulen in St. Petersburg berufen, hat v. Wahl Gelegenheit gehabt, seine im Kinderhospital gesammelten Erfahrungen über Kinderkrankheiten und Hygiene des Kindesalters auch praktisch zu verwerthen.

Als eines der thätigsten Mitglieder des Vereins St. Petersburger Aerzte, hat er durch zahlreiche Vorträge seine Gabe klarer sachlicher Darstellung bekundet, eine Gabe, die ihm später in Dorpat bei seiner Lehrthätigkeit trefflich zu statten kam.

So sehen wir v. Wahl in der ersten Hälfte des Mannesalters mit Arbeit zwar überbürdet, aber nicht unter der Last derselben erliegend, unermüdlich thätig in der Praxis wie in der Wissenschaft: so wuchs sein Ruf über das Weichbild der Residenz hinaus, und erweckte frohe Theilnahme in den Kreisen der Alma mater, die ihn einst erzogen hatte. — So erschien es als eine natürliche Nothwendigkeit, dass, als im Jahre 1876 die Professur der gerichtlichen Medicin und öffentlichen Hygiene durch den Tod Weyrich's vacant wurde, die Wahl der Facultät einstimmig auf v. Wahl, als dessen Nachfolger, fiel.

War v. Wahl gleich hauptsächlich Chirurg geworden, so war doch andererseits seine sanitätsärztliche Thätigkeit im St. Petersburger Physicat und als medicinischer Inspector der Mädchenschulen St. Petersburgs eine genügende Bürgschaft dafür, dass v. Wahl sich auch in die neue Thätigkeit hineinfinden werde, die seiner in Dorpat harrte.

Nach einigem Schwanken folgte v. Wahl dem ehrenvollen Rufe, er verliess die glänzende Residenz und zog in die Mauern unserer stillen Universitätsstadt, denn er sehnte sich darnach, die aufreibende praktische Thätigkeit, trotz aller ihrer materiellen Erfolge, mit der ihn mehr befriedigenden wissenschaftlichen Arbeit zu vertauschen.

Zwei Jahre der Ruhe und zurückgezogenen Lehrthätigkeit folgten: da rissen die Ereignisse des russisch-türkischen Krieges ihn wieder in den Strudel des Lebens, dahin, wo die Wogen desselben am Höchsten gingen. Als Oberarzt des durch private Wohlthätigkeit gegründeten Evangelischen Feldlazareths ging v. Wahl nach Bulgarien, wo er in Sistowo, dem Standort seines Lazareths und zur Zeit der Erstürmung Plewna's auch auf dem Schlachtfelde selbst thätig war. Wer, wie der Schreiber dieser Zeilen, das Glück gehabt hat, ihm in jener Zeit als jüngerer Arzt zur Seite zu stehen, zu sehen, mit welch' spielender Leichtigkeit er den Staub und Schweiss des Feldzuges ertrug, mit welch' ruhiger Entschlossenheit er seine Ziele wählte, mit welch' rascher Energie er dieselben dann zu erreichen verstand, der kann sich der wehmüthigen Frage an das Schicksal nicht erwehren, warum diese siegesfrohe Manneskraft so jäh, so früh gebrochen werden musste.

In Anerkennung seiner Verdienste bei der Leitung des Lazareths in Sistowo wurde v. Wahl zum Wirklichen Staatsrath befördert und für die persönliche Theilnahme an den Schlachten von Gorny Dubnjak und Telisch erhielt er ein kaiserliches Geschenk in Form eines Brillantringes. So kehrte v. Wahl zu Ende des Jahres 1877 nach Dorpat zurück, ausgezeichnet durch die Gnade seines Kaisers und reich an frischer kriegschirurgischer Erfahrung. Seine Vorliebe für die Chirurgie hatte neue Nahrung erhalten. Als nun im Februar des Jahres 1878 v. Bergmann einem Ruf nach Würzburg folgend, Dorpat verliess, da lag es nahe, Wahl, den persönlichen Freund Bergmann's auch zum Nachfolger desselben zu erwählen. So schwer es voraussichtlich sein würde, die Lücke, die Bergmann hinterliess, auszufüllen — Wahl versuchte es, und, wie die Jahre lehrten, mit Erfolg.

v. Wahl's Lehrthätigkeit erhielt nun einen neuen Inhalt, die Chirurgie. Er sammelte eine grosse Zahl von Schülern in den Räumen seiner Klinik und wenn bis zu den letzten Jahren die Universität Dorpat ein so rapides Anwachsen der Zahl ihrer Schüler erlebt hat, dass die Zahl von 389 Medicinern im J. 1879, auf 799 im Jahre 1889 gewachsen ist, so ist das gewiss nicht zum Wenigsten v. Wahl's Verdienst, dessen schlichte aber klare Art die Krankheitsfälle zu demonstriren und zu besprechen, dessen technisch operative Geschicklichkeit und dessen Gewissenhaftigkeit in der Beobachtung der Aseptik und Antiseptik mustergültig waren. Aus der Zahl seiner Schüler verstand v. Wahl es vortrefflich, die Tüchtigsten im engeren Kreise um sich zu scharen und sich aus ihnen Assistenten zu erziehen, auf deren Treue und Hingebung er sich bedingungslos verlassen konnte. Mit der Begeisterung für sein Fach weckte Wahl, vielleicht ohne es zu wissen, sicher ohne es zu wollen, die Anhänglichkeit und Liebe für seine Person, und so sehen wir, dass aus der Zahl seiner intimeren Schüler eine stattliche Reihe von jungen Chirurgen hervorgegangen ist, die nicht blos in den baltischen Provinzen, sondern auch im weiteren Reiche der Wahl'schen chirurgischen Schule die verdiente Achtung zu erwerben gewusst haben.

Die wissenschaftlichen Arbeiten, die v. Wahl als Professor der Chirurgie in Dorpat von 1878—1889 verfasst hat, betreffen vorzugsweise 3 Gebiete:

1) Die Diagnose und Klinik der chirurgischen Gefässverletzungen; es ist bekannt, dass das sog. v. Wahl'sche Geräusch, seit sein Entdecker darauf aufmerksam gemacht hat, eine Lücke in der Diagnostik der Gefässverletzungen ausfüllt und von der grössten praktischen Bedeutung ist.

2) Die Mechanik der Schädelbrüche. In diese seit v. Bergmann viel umstrittene Frage hat v. Wahl, wie wohl allseitig zugegeben wird, endlich Klarheit gebracht, so dass dieselbe nun wohl als entschieden angesehen werden darf.

3) In seinen letzten Lebensjahren hat v. Wahl sich mit frischer Begeisterung auf die klinische Erforschung der trotz aller gegentheiligen Behauptungen und Versicherungen noch so dunklen Pathologie und Aetiologie der Darmocclusionen geworfen. Bekannt sind seine dieses Thema betreffenden casuistischen Beiträge, Ausschlag gebend und ganz neue Gesichtspuncte eröffnend, seine Abhandlungen und Vorträge über die klinische Diagnose dieser Erkrankung. In den wissenschaftlichen Versammlungen der Dorpater medicinischen Facultät sind diese Arbeiten zuerst an's Licht getreten und es wird hoffentlich nicht zu lange Zeit brauchen, bis sie allgemein anerkannt und auch in ihrer maassgebenden Bedeutung für die *Therapie* der Occlusionen des Darmes, die bisher im Dunkeln tappt, gebührend gewürdigt werden.

Zahlreiche andere grössere und kleinere Arbeiten übergehen wir; sie alle zeugen vom regen Eifer des für sein Fach begeisterten Mannes und begabten Forschers.

Wir nehmen mit diesen kurzen Bemerkungen Abschied von der speciell chirurgischen Thätigkeit v. Wahl's. — Allein je mehr v. Wahl nach seiner Rückkehr aus Petersburg sich wieder in seiner alten Heimath einlebte, je mehr er wieder in Dorpat und in der Universität Wurzel fasste, desto mehr sehen wir, wie der schon voraus erwähnte Zug des sich Concentrirens auf das specielle Gebiet der Chirurgie von dem Streben abgelöst wird, seine Kräfte zum Nutzen seiner Mitmenschen auf weitere Gebiete wirken zu lassen. Das Ziel der inneren Vertiefung ist erreicht, v. W. hat sich in den vollen geistigen Besitz seiner Wissenschaft gesetzt, und ist es für ihn Zeit die ursprüngliche Vielseitigkeit seiner Natur zur Entfaltung kommen zu lassen. Zunächst ist es der Mangel einer psychiatrischen Klinik, unter dem die Universität wie das Land gleich sehr leidet und dem abzuhelfen v. Wahl der rechte Mann ist. Für seine eignen Mittel kauft er ein Grundstück und Gebäude, dessen Umbau zu einer psychiatrischen Klinik vorgenommen wird; erst später übernimmt die Universität dieselbe und so ist v. Wahl der geistige Urheber und grossen Theils auch materiell genommen der Schöpfer einer der blühendsten Institute unserer Universität geworden.

Ein weiteres Verdienst besteht darin, dass er der Calamität der in Dorpat mit erschreckender Häufigkeit auftretenden und nur zu oft auch die academische Jugend unserer Universität vergiftenden Syphilis energisch zu Leibe gerückt ist. In academischen Vorträgen sowie in der privaten Praxis und auf seiner Klinik ist er für eine nachhaltige und energische Bekämpfung der Dyskrasie durch wiederholte Mercurialisirung des erkrankten Organismus eingetreten, und sein Verdienst ist es, wenn bei uns nicht mehr mit dem Leichtsinn früherer Jahre von der Nothwendigkeit einer gewissenhaften und anhaltenden Behandlung der Syphilis abgesehen wird.

Vor Allem aber hat v. Wahl sich ein dauerndes und unvergessliches Verdienst um unser Land erworben, indem er durch eingehende, in den Dissertationen seiner Schüler Wellberg, Paulson und Hellat, sowie in eigenen Arbeiten niedergelegte Untersuchungen das unheimliche Anwachsen der Lepra in unserem Lande nachwies, von welcher bis dahin angenommen wurde, dass sie im Erlöschen begriffen sei. Eine allgemeine Agitation zur Errichtung von Leproserien wurde von ihm wachgerufen, Geldsammlungen zu diesem Zweck veranstaltet und wenn dereinst den unglücklichen Leprösen bei uns eine menschenwürdige Zufluchtsstätte hergerichtet werden sollte, so wird v. Wahl als der erste Gründer dieses Werkes der Barmherzigkeit und des Selbstschutzes gegen eine der schrecklichsten Krankheiten genannt werden. Rechtzeitig hat er die Gefahr erkannt; an uns wird es liegen, dass sein Mahnruf nicht ungehört verhalle!

Die Alma mater dorpatensis hat jedoch in v. Wahl noch mehr verloren als einen ihrer tüchtigsten Professoren. Sie beklagt in ihm den Rector magnificus, der in den Jahren 1881—1885 mit fester Hand die Geschäfte der Universität geleitet hat.

Den Schluss des Nachrufes bringen wir in der nächsten Nummer.



Schwere und leichte Verletzungen.

Vortrag, gehalten auf dem I. Aerztetage der Gesellschaft livländischer Aerzte am 3. Oct. 1889.

Von

Dr. C. Ströhmberg
(Dorpat).

Fest überzeugt davon, dass eine einheitliche Beurtheilung der nicht tödtlichen Verletzungen in forensischer Beziehung ebenso sehr im Interesse der Rechtspflege wie der Aufrechterhaltung der ärztlichen Autorität liegt, will ich es wagen, einige wesentliche Gesichtspuncte in dieser schwierigen Frage, die sich mir aus meiner gerichtsärztlichen Thätigkeit ergeben haben, heute zur Discussion zu bringen, in der Hoffnung, dass sich durch den Meinungsaustausch über diese Puncte eine Einigung unter den versammelten livländischen Aerzten erzielen lassen werde.

Die Frage, ob man überhaupt Körperverletzungen in der vom Strafgesetzbuche geforderten Form classificiren könne, ist bekanntlich sehr verschieden beantwortet worden. Man hat die Eintheilung der Verletzungen in schwere und leichte als der medicinischen Wissenschaft nicht entsprechend bezeichnet und damit das Recht des Richters, von dem Gerichtsarzte diese Classification zu fordern, bestritten. Ohne die grossen Schwierigkeiten zu verkennen, die sich uns bei der Beurtheilung der Verletzungen in vielen Fällen entgegenstellen, kann ich diesen ablehnenden Standpunct gegenüber der Classification der Verletzungen nicht theilen. Die Ausdrücke «schwere» und «leichte» Verletzung mögen der erwünschten Wissenschaftlichkeit entbehren, da sich ja eine scharfe Grenze zwischen «schwer» und «leicht» bei dem ganz allmäligen Uebergange von den leichtesten zu den schwersten Verletzungen unmöglich ziehen lässt, genau wie sich keine scharfe Grenze zwischen «gesund» und «krank» constatiren lässt, wie sich der Begriff «Gift» nicht streng definiren lässt. Praktisch medicinische Ausdrücke bleiben sie trotzdem. Jeder praktische Arzt macht einen Unterschied zwischen seinen schweren und leichten Patienten. Die Kriegschirurgie kommt auf dem Verbandplatze ohne die Sortirung der Schwer- und Leichtverwundeten nicht aus. Und der Gerichtsarzt sollte sich weigern diese Ausdrücke dann zu gebrauchen, wenn der Richter von seinen chirurgischen Kenntnissen die Classificirung einer Verletzung nach diesen auch im Strafgesetzbuch angenommenen Kategorien fordert.

Die von mir betonte Schwierigkeit der Classification der Verletzungen wird durch die Einschaltung der Gruppe der weniger schweren Verletzungen bedeutend gemindert. Man kann sich über die Extreme leichter einigen und für die weite Gruppe der zwischen den Extremen liegenden, die Gruppe der «weniger schweren», prätendirt schon der Ausdruck nicht etwas genau Fixirbares zu bedeuten und trägt eben dadurch dem ganz allmäligen Uebergange von der «schweren» zu der «leichten» Verletzung Rechnung, indem er diesen ganzen Uebergang umfasst. Durch eine Einschaltung weiterer Gruppen liesse sich selbstredend keine grössere Genauigkeit in der Classificirung, sondern nur eine Steigerung der Schwierigkeiten erwarten. Ich muss daher die Aufstellung von 3 Graden der Verletzungen unter den gegebenen Umständen, d. h. bei dem Standpuncte, welchen unser Strafgesetzburch bei der Beurtheilung der Vergehen und Verbrechen gegen die Person einnimmt, als die denkbar zweckmässigste bezeichnen.

Von diesem Gesichtspuncte aus hat schon Snigirew anstatt der 9 im alten russischen Strafgesetzbuche aufgestellten Kategorien die allgemeine Bezeichnung «Verletzung» vorgeschlagen und drei Kategorien derselben aufgestellt. Die Snigirew'sche Eintheilung ist dann sowohl von der Redactionscommission zur Ausarbeitung des Projectes für das neue russische Strafgesetzbuch [1]), als auch von der gerichtsärztlichen Commission der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken Pirogow's in ihrer Sitzung vom 15. December 1883 angenommen worden.

Diese Letztere giebt folgende Definition dessen, was als Körperverletzung im Sinne des russischen Gesetzes zu bezeichnen ist: Jede Störung der physiologischen Functionen oder des anatomischen Zusammenhanges der Gewebe eines gegebenen lebenden Individuums, von der Zufügung des geringsten Schmerzes an bis zum Verluste lebenswichtiger Organe. Diese Verletzungen können erzeugt werden auf mechanische, chemische oder andere Weise, d. h. vermittelst mechanisch wirkender Werkzeuge, Einführung von schädlichen Stoffen in den Organismus (Vergiftung), die Einwirkung sehr niedriger oder sehr hoher Temperatur, oder durch Entziehung nothwendiger Lebensbedingungen, der Luft, der Speise u. s. w.

Die genannte gerichtsärztliche Commission hat weiter die Criterien der 3 Gruppen von Verletzungen festgesetllt, obgleich sie wohl anerkennt, dass diese wie jede Eintheilung der Verletzungen etwas Willkürliches an sich tragen muss, da es, wie schon oben bemerkt, keine scharfen Grenzen zwischen den einzelnen Gruppen geben kann.

Sie proponirt als «schwere» Verletzungen diejenigen zu bezeichnen, welche eine unheilbare und bedeutende Schädigung der Gesundheit bedingen. — als «weniger schwere» diejenigen, welche eine vorübergehende oder bleibende, weniger bedeutende Gesundheitsschädigung bedingen. — als «leichte» solche, welche keine sichtbaren Folgen für die Gesundheit hinterlassen.

Diesen allgemeinen Definitionen fügt sie die Aufzählung ganzer Reihen von Verletzungen bei, die sie zu den verschiedenen Gruppen gerechnet wissen will.

Da aller Wahrscheinlichkeit nach die Vorschläge der genannten Commissionen in die neue Ausgabe des Strafgesetzbuches werden aufgenommen werden und da es bei den gerichtsärztlichen Expertisen am Lebenden in Russland schon jetzt üblich ist, sich an diese im Vergleiche zur alten Eintheilung so sehr bequeme Classification zu halten, so ist es für uns zeitgemäss, uns mit dem erwähnten Projecte bekannt zu machen und dasselbe als Basis für unsere gerichtsärztlichen Gutachten über die nicht tödtlichen Körperverletzungen zu betrachten. Im Grossen und Ganzen weicht es nur wenig von der Snigirew'schen, im «Woino» wiedergegebenen Eintheilung ab. Damit wäre der erste Punct meines heutigen Antrages erledigt.

Aus der im erwähnten Projecte gegebenen Definition der Verletzung ergiebt sich die Forderung, dass der Gerichtsarzt die ganze im gegebenen Falle zu Stande gekommene Gesundheitsschädigung zu beurtheilen hat. Daraus folgt, dass er nur in denjenigen Fällen gleich bei der ersten Besichtigung sein endgültiges Gutachten über den Grad der Verletzung wird abgeben können, in denen augenscheinlich schädliche Folgen für die Gesundheit ausgeschlossen sind, oder aber bei denen eine dauernde schädliche Folge der Verletzung sofort eingetreten ist, also etwa Verlust von Gliedmaassen und dergl. In allen übrigen Fällen wird der Gerichtsarzt sein Gutachten erst von einer zweiten Besich-

[1]) Уголовное уложеніе. Объявленія къ проекту редакціонной коммиссіи. (Часть особенная).

tigung, nachdem die Gesundheitsstörung abgelaufen ist, oder einen langwierigen Verlauf angenommen hat, abhängig machen müssen. Dieses ist der zweite Punct, den ich allgemein anerkannt wissen möchte.

Hierbei kommt der Gerichtsarzt aber oft in die Lage, die durch eine unbedeutende Wunde verursachte Gesundheitsstörung als eine schwere Verletzung bezeichnen zu müssen und umgekehrt. Als dritten Punct möchte ich daher die Forderung aufstellen, dass in solchen Fällen durch einen Zusatz zu dem Gutachten auf die besonderen Umstände aufmerksam gemacht werde, welche in dem einen Falle eine erfahrungsgemäss unbedeutende Verwundung zu einer schweren und im anderen Falle eine ursprünglich sehr ernst erscheinende zu einer leichten gestalteten.

Viertens ist zu betonen, dass der Gerichtsarzt sich nur an diejenigen Daten zu halten hat, welche ihm der physiologische oder pathologische Zustand des von ihm untersuchten Organismus an die Hand giebt. Alle nicht auf diesem Gebiete befindlichen Momente, wie Lebensstellung des Untersuchten, Absicht des Thäters u. s. w. haben für die gerichtsärztliche Untersuchung keine Bedeutung, und namentlich das Abschweifen auf das dem Arzte fremde juristische Gebiet ist unter allen Umständen zu vermeiden.

Auf Fragen, die über die Feststellung der physiologischen Dignität der Verletzung hinausgehen, soll der Arzt nur auf eine besondere diesbezügliche Fragestellung des Richters antworten. Dieses wäre der 5. Punct meines heutigen Antrages.

Sechstens wäre eine Einigung über die Form eines behufs Feststellung des Grades einer Körperverletzung ausgestellten ärztlichen Zeugnisses sehr erwünscht. Meiner Ansicht nach müsste es aus drei wesentlichen Theilen bestehen, dem Hinweise auf die richterliche Requisition, dem Status präsens nebst Daten über den Verlauf der Gesundheitsschädigung und der Aeusserung über den Grad der Verletzung, welcher eventuell ein Zusatz über die Besonderheiten des vorliegenden Falles hinzuzufügen wäre.

Zum Schlusse erlaube ich mir zur Illustrirung des Gesagten die Vorführung einer kleinen Casuistik aus meiner gerichtsärztlichen Thätigkeit. Von den 463 Verletzungen, die ich vom November 1886 bis zum September 1889 zu begutachten gehabt habe, ist in 292 Fällen das Gutachten nach einer einmaligen Besichtigung gleich nach der Verletzung abgegeben worden, in 105 Fällen nach einer zweimaligen oder einer Spätbesichtigung. In 66 Fällen hat nur eine einmalige Besichtigung stattgefunden und steht das endgültige Gutachten noch aus.

In welcher Weise ich bei der Classificirung verfuhr, ist aus der vorliegenden tabellarischen Zusammenstellung ersichtlich.

Ein Fall von Phosphorvergiftung.

Von
Dr. med. W. v. Kieseritzky
in Riga.

Vergiftungen mit Phosphor gehören gerade nicht zu den Seltenheiten, sie bieten aber in ihren Symptomen manches Interessante dar und überraschen mitunter durch das unerwartet rasche Auftreten des letalen Ausganges, so dass vorliegender Fall einiges klinische Interesse beanspruchen dürfte.

Am 1. November 1889 wurde mir die Mittheilung von einer Vergiftung überbracht, die ein 18jähriges Mädchen E. G. betraf, das nach einer häuslichen Zurechtweisung in Betreff seines Lebenswandels in selbstmörderischer Absicht Phosphor zu sich genommen haben sollte. Nach dem späteren Geständnisse hatte die Patientin sich 25 gewöhnliche Streichhölzer zu verschaffen gewusst, von denselben die Phosphormasse mit einem Messer abgeschabt und sie dann mit einigen Gläsern Wasser bei vollständig nüchternem Magen hinuntergeschluckt. Das war um 12 Uhr Mittags geschehen. Nach $1^1/_2$ Stunden wäre ihr dann 1 Flasche Milch gereicht worden und habe sie nach dem Genusse derselben letztere in geronnenem Zustande mit Phosphorstückchen gemengt — deren Zahl auf mehrere angegeben wird — wieder von sich gegeben.

Zwei Stunden nach der Einnahme des Giftes, um 2 Uhr Nachmittags, ergab sich folgender Status präsens: Patientin ist mittelgross, von gracilem Körperbau und von blasser Haut- und Gesichtsfarbe; erstere fühlt sich kühl an, auf der Stirn lagert kalter Schweiss. In kurzen Unterbrechungen tritt Frösteln auf; auf Fragen werden ziemlich präcise Antworten gegeben. Die Magengegend ist auf Druck empfindlich; es wird über ein brennendes Gefühl unter dem linken Rippenbogen geklagt; es ist grosse Uebelkeit vorhanden; die Zunge ist mässig belegt; Lippen-, Mund- und Rachenschleimhaut sind intact und von etwas blasser Farbe. Die übrigen Organe weisen keine Veränderung auf. Puls klein und weich, von geringer Spannung, 78 Schläge in der Minute. Temperatur subnormal 36.7°. Athemfrequenz 18.

Nach Verabreichung einer Lösung von Cuprum sulf. trat abermaliges Erbrechen von geronnener Milch und Wasser, aber ohne Phosphorstückchen auf. Darauf war nach dem halbstündigen Gebrauch von Emuls. ol. Terebinth. in Aqua Menth. piper. um 4 Uhr Nachmittags zweimaliges Erbrechen gallig gefärbten Wassers aufgetreten. Ausserdem wurden noch kalte Umschläge auf die Magengegend verordnet. Gegen Abend erfolgten zwei wässrige Stuhlentleerungen ohne Blutbeimischung; der Harn ist von normaler Farbe und klar. Der Gebrauch der Terpenthin-Mixtur wurde am Abend des Vergiftungstages ausgesetzt.

2. Nov. Die blasse Gesichtsfarbe ist einer rothen gewichen: die Haut ist von normaler Farbe und fühlt sich warm an. Die Magengegend ist auf Druck mässig schmerzhaft; es ist eine Stuhlentleerung von breiiger Consistenz erfolgt. Es wird abwechselnd über Kälte- und Wärmegefühl geklagt; es besteht Fieber von 38,3° Morgens, Abends von 38,9°. Puls 86, voller und gespannter als Tags vorher.

3. Nov. Kein Fieber vorhanden, Magengegend noch wenig empfindlich, Stuhl normal. Temperatur 37,2°, Puls 78. Ordin. Natron bicarb. et Tinct. nucis vomic. Regelung der Diät, sonst wie Tags vorher.

4.–6. Nov. Status und Ordination wie am 3. Nov.

7. Nov. Euphorie.

Obgleich der Zeitraum für die gewöhnlich eintretende Wirkung des Phosphors ein kurzer von nur $1^1/_2$ Stunden gewesen ist, während dessen das Gift in seiner ganzen Menge im Magen war, so ist doch die Quantität Phosphor hinreichend gewesen, um schon deletäre Einwirkungen auf die Schleimhaut des Magens und auf das Nervensystem hervorzurufen. Die ganze verschluckte Masse an Phosphor, Schwefel und etwaigen Farbstoffen machte dem Gewichte nach 0,5 Grm. aus (nach einem noch vorgefundenen Streichhölzchen berechnet). Naunyn[1]) führt eine Berechnung von Gunning an, nach welcher auf 25 Streichhölzchen ca. 0,003—0,015 Phosphorgehalt kommen würden und giebt weiter 0,06 als »gefährliche oder tödtliche Dosis« für den Erwachsenen an. Nach dieser Berechnung müssen wir für unsere 25 zur Vergiftung verbrauchten Streichhölzchen einen grösseren Phosphorgehalt annehmen, da der von Gunning angegebene der gefahrdrohenden Dosis von Naunyn nicht gleichkommt; ob nun die verschluckte Phosphormasse kleiner oder grösser als 0,06 war, bleibt unentschieden, jedenfalls war die in's Blut übergegangene Phosphormenge gross genug, um Vergiftungserscheinungen hervorzurufen. Es braucht kaum hinzugefügt zu werden, dass wir es mit dem gewöhnlichen weisslichgelben Phosphor und nicht mit seiner anderen Modification dem rothen zu thun haben, der dem Körper vollständig unschädlich ist.

Für die Beurtheilung des Auftretens der Entzündungserscheinungen des Magens ist das Fehlen von Mageninhalt bei der Patientin vom grössten Werthe. Als ersten Ausdruck derselben müssen wir das zwei Stunden nach der Einnahme des Giftes empfundene Brennen unter dem linken Rippenbogen ansehen. Da Phosphor im Wasser und auch wohl im Magensafte nach Hartmann[2]) nur in minimalen Theilen löslich ist und das während der Vergiftung genossene Wasser sehr rasch vom leeren Magen resorbirt worden sein dürfte, so ist es in unserem Falle der directe Contact der Phosphorstückchen mit der Schleimhaut des Magens, welcher Nester von partieller Gastritis glandularis nach Virchow schon nach zwei Stunden hervorgerufen hat; beim Vorhandensein von Speisebrei im Magen zeichnet sich der Phosphor mehrere Stunden lang durch sein indifferentes Ver-



halten dem Körper gegenüber aus. Die Kranke gab an, Abends vorher eine Fleischnahrung zu sich genommen zu haben und wollte weder am Morgen noch am Vormittage vor der Vergiftung etwas genossen haben, was auch mit dem Erbrochenen übereinstimmt.

Fragen wir nun, in welcher Form der Phosphor giftig wirkt, zu welchem Umwandlungsproduct es mit ihm im Magen kommt, so kann die Antwort noch nicht in definitiver Form gegeben werden. Entweder soll sich durch seine Oxydation im Körper phosphorige oder Phosphorsäure [3]) bilden, oder es soll sich aus dem Phosphor Phosphorwasserstoff [4]) entwickeln, der dem Oxyhämoglobin Sauerstoff [5]) nicht zu entziehen scheint, aber in seinen Vergiftungserscheinungen mit dem Phosphor grosse Aehnlichkeit aufweist.

Haben die Phosphorstückchen eine Gastritis glandularis hervorgerufen, so ist auch die Resorption ihrer Umwandlungsproducte durch den Lymphstrom erleichtert. Dieselben gelangen durch die Venae gastro-epiploicae dextr. und sinist., oder durch die V. coronaria ventriculi in das Gebiet der Vena portarum und werden zum Theil in der Leber zurückgehalten, zum Theil durch Vermittelung der Venae hepaticae und Vena cava inferior dem rechten Herzen zugeführt. Hat der Phosphor durch den Blutstrom den Weg zum Herzen gefunden, dann übt er auch bald seine giftige Wirkung auf dasselbe aus.

Berücksichtigen wir bei unserer Pat. die geringe Spannung des Pulses und die subnormale Temperatur, so müssen wir beide Symptome als durch Herabsetzung des Blutdrucks hervorgerufene deuten und hätten somit darin das klinisch interessanteste und wichtigste Symptom der Phosphorvergiftung eruirt. Ein Theil der subnormalen Temperatur könnte auf die Herabsetzung des Stoffwechsels in Folge niederer Oxydationsvorgänge durch Zerstörung der rothen Blutkörperchen bezogen werden, als Analogon zu den Experimenten von Fränkel und Röhmann [6]).

Wir finden die Resultate der Versuche Meyer's [7]) und Brillant's in unserem Vergiftungsfalle auch für den Menschen bestätigt. Nach beiden Forschern sinkt nämlich der Blutdruck der Dauer und Stärke der Vergiftung entsprechend bis zum Tode und ist nach Meyer dieses Sinken im arteriellen Gefässsystem nach Ausschaltung des vasomotorischen Centrums und der herzhemmenden Apparate Ausdruck für die lähmende Wirkung des Phosphors auf die excitomotorischen Ganglien und die Muskulatur des Herzens. Es wird die Verminderung der Spannung im Herzen und in den Gefässen nicht etwa durch Verfettung der Herzmuskulatur, sondern durch directe Einwirkung auf das Nervensystem des Herzens hervorgerufen, die Acuität der Vergiftung spräche schon gegen eine Verfettung; Brillant fühlt sich berechtigt den Phosphor zu den Herzgiften zu zählen.

Diese rasch auftretende giftige Wirkung des Phosphors auf das Nervensystem des Herzens — in unserem Falle spätestens nach zwei Stunden, wenn nicht noch früher — wird bei allen etwaigen Phosphorvergiftungen mit tödtlichem Ausgange bei Abwesenheit sonstiger äusserer Symptome sehr zu berücksichtigen sein.

Eine Beeinflussung des Blutdruckes im Herzen auf dessen Schlagfolge scheint im vorliegenden Falle bei 78 Schlägen in der Minute ausgeschlossen. Wenn auch die Zahl der Schläge eine höhere sein könnte, so kann sie immerhin für ein 18-jähriges Mädchen von graciler Entwickelung normal sein und ausserdem ist die Abhängigkeit der Schlagfolge von dem Blutdruck im Herzen noch nicht aufgeklärt.

Das Druckgefühl und das Eingenommensein des Kopfes werden wir wohl bei unserer Patientin auch als Folgeerscheinung des gesunkenen Blutdruckes im arteriellen Gefässsystem ansehen müssen, hervorgerufen durch den dadurch bedingten Sauerstoffmangel des Hirnblutes.

Bei der Circulation von giftigen Quantitäten Phosphor im Gefässsystem — von den Magenvenen durch die Vena portarum in die Leber und von der Leber wieder durch die Venae hepaticae und die Vena cava inferior in das rechte Herz — hat sich demselben Gelegenheit geboten, eine Zerstörung der rothen Blutkörperchen hervorzurufen und können wir analog den Thierexperimenten annehmen [8]), dass sich auch in unserem Vergiftungsfalle Schollen und Körnchen von Blutpigment in der Milz befunden hätten; die Abhängigkeit der subnormalen Temperatur von der Zerstörung der rothen Blutkörperchen wurde schon früher erwähnt.

Mit der Besprechung der Symptome der acuten Phosphorvergiftung wären wir jetzt an der Hand unseres Falles zu Ende, es erübrigt nur noch einige Erscheinungen bei längeren Vergiftungen — die sich auf mehrere Tage erstrecken — hinzuzufügen.

Nach den Untersuchungen von Podwyssotzki jun. interessiren uns die Veränderungen in der Leber am meisten. Schon früher erwähnten wir, dass ein Theil des im Blute circulirenden Phosphors in der Leber zurückgehalten würde; dieser in der Leber deponirte Phosphor soll nun nicht nur einen Untergang der Leberzellen durch Verfettung, sondern auch eine mit diesem Process Hand in Hand gehende Regeneration resp. Vermehrung der benachbarten normal gebliebenen Drüsenzellen im Gefolge haben.

Noch einer Erscheinung wegen müssen wir bei der Leber verweilen, die auch erst nach länger dauernden Phosphorvergiftungen auftritt, nämlich der Befund von Tyrosin im Harn, wie es Fränkel nachgewiesen hat. Bei Erkrankungen der Leber, die mit einer Zerstörung der Drüsenzellen einhergehen, wie z. B. bei der acuten gelben Leberatrophie finden wir auch Tyrosin und ausserdem noch Leucin im Harn, beides Spaltungsproducte der Eiweisskörper, die durch herabgesetzte Oxydationsvorgänge im Lebergewebe in Folge der giftigen Wirkung des Phosphors sich am ungezwungensten erklären lassen; wenn auch von der Genese der gelben Leberatrophie noch nichts bekannt ist, so bietet sie doch in ihrem Auftreten mit den Symptomen der Phosphorvergiftung grosse Aehnlichkeit.

Ausser den genannten Veränderungen in der Leber kommen noch Verfettung der Nierenepithelien, der Muskulatur und die bekannte Periostitis an den Knochen vor.

Beachten wir das ausgebreitete Gebiet der Vena portarum mit ihrem ganzen Zufluss aus den Chylificationsorganen und der Milz, so sehen wir daraus schon, welchen wichtigen Antheil die Leber am Stoffwechsel haben muss. Einestheils wird das zugeführte Blut in der Leber zur Gallenbereitung verbraucht, anderentheils scheint die Leber bei der Umsetzung der Eiweisskörper Antheil zu haben und ausserdem werden der Leber Gifte, wie z. B. Phosphor und Arsen zur Begutachtung zugeführt und von ihr zum Theil auch zurückgehalten; Bunge [9]) drückt sich über die Bestimmung der Leber im Organismus sehr treffend aus, indem er sagt: «während die Niere alles Ueberschüssige und Fremde hinausbefördert, revidirt die Leber alles, was in das Blut eintreten will».

Literatur.

1) Naunyn: Vergiftungen durch schwere Metalle und ihre Salze, einschliesslich Arsen und Phosphor. Handbuch der Intoxicationen, pag. 323/24, 1876, in H. v. Ziemssen's Handbuch der spec. Pathologie und Therapie.

2) Hartmann: Zur acuten Phosphorvergiftung. Dorpat 1866.

3) Ph. Munk und E. Leyden: Die acute Phosphorvergiftung. Berlin 1865.

4) Schuchardt: Zeitschrift für ration. Medicin 2 R. Band VIII, pag. 235.

4) Dybkowski: Tübinger medic.-chem. Untersuchungen. I. H., pag. 49. 1866.

5) J. Brillant: Ueber die toxische Wirkung des Phosphors und Phosphorwasserstoffes auf den thierischen Organismus. St. Petersburg 1881.

6) A. Fränkel und F. Röhmann: Phosphorvergiftung bei Hühnern. Zeitschrift für physiolog. Chemie. IV, pag 439.

7) H. Meyer: Ueber die Wirkung des Phosphors auf den thierischen Organismus. Archiv für exper. Path. u. Pharmakol. XIV, pag. 313.

8) W. W. Podwyssotzki (jun.): Ueber einige noch nicht beschriebene patholog. Veränderungen in der Leber bei acuten

Phosphor- und Arsenikvergiftung etc. St. Petersb. Med. Wochenschrift 1888, № 24.

9) G. Bunge: Lehrbuch der physiolog. und patholog. Chemie. Leipzig 1887, pag. 326.

Referate.

J. W. Runeberg: **Botriocephalus latus und perniciöse Anämie.** (Finska läkaresällskapets handl. Bd. 29, № 1).

Verf., der von Ende 1877 bis Mitte 1883 auf der medicinischen Klinik in Helsingfors 9 Todesfälle an perniciöser Anämie beobachtet hat, fand bei der Obduction in den meisten Fällen Botriocephalus latus im Darmkanal und spricht die Vermuthung aus, dass derselbe ein ursächliches Moment für die perniciöse Anämie sei. Seit 1883 wurde jeder an perniciöser Anämie leidende Patient auf das Vorhandensein von Botrioceph. latus untersucht und Mittel dagegen angewandt. Die Behandlungsresultate sind seitdem bedeutend besser geworden. So hat Verf. seit 1883 19 Krankheitsfälle beobachtet, mit 1 Todesfall, am Tage nach der Aufnahme. In 12 Fällen wurde Botrioceph. latus angetroffen; in einem Ascaris lumb.; in einem Falle entstand die pernic. Anämie während der Schwangerschaft und heilte nach der Geburt; in 4 Fällen konnte keine Ursache nachgewiesen werden; in 1 Falle war nicht angegeben, ob Botrioceph. latus vorhanden war oder nicht; also in 60–70% der Fälle Helminthiasis. Untersuchungen über das Vorkommen von Botrioceph. latus bei Personen, die nicht an perniciöser Anämie litten, ergab das Vorhandensein desselben bei 14% der Fälle. — Verf. nimmt an, dass der Wurm keine specifische Wirkung hat, dass aber seine pathogene Bedeutung auf der durch ihn veranlassten Störung der Darmfunction beruht und vielleicht am meisten auf der durch den Eingeweidewurm verursachten Reizung des Nervensystems. Buch (Willmanstrand).

L. v. Udransky und E. Baumann: **Ueber das Vorkommen von Diaminen, sogenannten Ptomainen bei Cystinurie.** (Zeitschr. für physiol. Chemie. Bd. XIII, p. 562).

Verfasser fanden im Harn eines an Cystinurie leidenden Kranken zwei Ptomaine (Diamine), welche von Brieger unter den Bezeichnungen Cadaverin (Pentamethylendiamin) und Putrescin (Tetramethylendiamin) beschrieben worden sind.

Durch Ausschütteln des betreffenden Harnes (1500 Ccm.) mit Benzoylchlorid (20 bis 25 Ccm.) bei Gegenwart von Aetznatron (200 Ccm. Natronlauge von 10%) bis der Geruch des ersteren verschwunden war, wurden die beiden Diamine als Benzoylverbindungen gewonnen und durch genauen Vergleich mit den Benzoylverbindungen des Cadaverins und Putrescins Brieger's die Identität der ersteren mit letzteren genau festgestellt.

Der Cystinharn ein und desselben Patienten wurde während eines Jahres in 4 verschiedenen Perioden zu 8 bis 18 Tagen auf Diamine untersucht und regelmässig 0,2 bis 0,4 Gm. der Benzoylverbindungen aus der 24-stündigen Harnmenge gewonnen.

Meistens überwog die Menge des Cadaverins die des Putrescins; nur in einzelnen Fällen fand das umgekehrte Verhältniss statt.

Am Ende des Jahres wurde der Harn an 9 auf einander folgenden Tagen geprüft, doch konnten nur an einem Tage die Basen nachgewiesen werden.

Die Cystinausscheidung fand in dieser Zeit ununterbrochen statt.

Die Reaction des Harnes war an 2 Tagen alkalisch, 3 Mal neutral und an 2 Tagen schwach sauer. Blasencatarrh bestand in dieser Zeit nicht.

Im normalen Harne finden sich die Diamine nicht, wie Stadthagen (Zeitschr. f. klin. Medicin Bd. XV, Heft 5 und 6) nachgewiesen hat und die Verff. durch Prüfung des Harnes von 25 Personen bestätigen konnten.

In gleicher Weise gelang es den Verfassern nicht, Diamine bei acutem und chronischem Blasencatarrh, bei Scharlach, Diphtherie, Typhus, Pneumonie, Perforations-Peritonitis und bei ausgebreiteten Eiterungen nachzuweisen. Brieger konnte die Gegenwart der Diamine nur bei gewissen Fäulnissprocessen und in den Culturen bestimmter Bacterien der Cholerabacillen und des Finkler-Prior'schen Vibrios finden.

Als Resultat vorstehender Untersuchungen ergiebt sich nun, dass das Vorkommen der Diamine im Cystinharn kein zufälliges ist, sondern in irgend einem causalen Zusammenhang mit der Cystinurie stehe.

Dieser Schluss ist um so berechtigter, als auch Stadthagen und Brieger (Arch. f. pathol. Anatomie Bd. 115, Heft 3) in 2 Fällen von Cystinurie gleichfalls Diamine gefunden haben und zwar vorwiegend Pentamethylendiamin.

Hieraus folgt dann weiter, dass Cystin und Diamin ein und derselben Ursache ihre Entstehung verdanken.

Was zunächst den Ort der Entstehung betrifft, so konnten Verfasser in den Processen im Darm die Quelle finden, aus welcher die Körper im Harne der Cystinpatienten stammten.

Während der letzten Beobachtungsperiode am Schlusse des Beobachtungsjahres, zu welcher Zeit die Diamine zum ersten Male aus dem Harne schwanden, konnte in den täglichen Darmentleerungen ca. $\frac{1}{2}$ Gr. beider Diamine constant nachgewiesen werden.

Die relative Menge beider Diamine in den Fäces zeigte ein dem Harne entgegengesetztes Verhältniss. In den Fäces herrschte das Tetramethylendiamin vor.

Das Vorkommen der Diamine im Darme der Cystinpatienten erhält aber seine besondere Bedeutung erst durch den Umstand, dass diese Körper unter normalen Verhältnissen im Darme des Menschen sich nicht finden, denn weder Brieger noch die beiden Verfasser konnten in normalen Fäces die beiden Körper nachweisen.

Ebenso fehlten diese Körper in den Darmentleerungen bei verschiedenen Erkrankungen. In einem Falle bei Darmverschluss, wo nach 8 Tagen die erste Entleerung erfolgte, waren die Fäces, ebenso wie der Harn frei von Diaminen.

Nur aus Typhusstühlen wurden sehr geringe Mengen von Benzoylverbindungen, welche jedoch mit denen aus dem Cystinharn erhaltenen nicht identisch waren, erhalten.

Der Darminhalt der Leiche einer Person, welche in Folge von tuberculösen Darmgeschwüren gestorben war, enthielt 18 Stunden nach dem Tode keine Spur von Diaminen. Hingegen haben Stadthagen und Brieger bei ihren beiden Fällen von Cystinurie die Diamine auch in den Fäces nachweisen können.

Ausser bei Cystinurie sind die Diamine nach den bisherigen Ermittelungen nur bei Cholera gefunden worden.

Beachtenswerth ist, dass der den Diaminen eigene spermatische Geruch bei den frischen Stühlen von Cholerakranken wohl beobachtet worden ist, in den Dejectionen der Cystinpatienten aber nicht wahrgenommen werden konnte. Wahrscheinlich hat man es in den Stühlen der Cholerakranken mit den freien Basen zu thun, während bei der Cystinurie die Diamine als Salze vorhanden sind. Eine Voraussetzung, die durch die schwach saure Reaction der Fäces der Cystinpatienten noch an Gewicht gewinnt.

Die im Darm normal verlaufenden Fäulnissprocesse waren im vorliegenden Fall von Cystinurie in ihrer Intensität nicht vermehrt, sondern vermindert.

Ueber die Bedingungen der Diaminbildung haben die Verfasser ihre Arbeiten nicht beendet und versprechen darüber noch weitere Veröffentlichungen. Jedoch neigen sie zu der Ansicht, dass, da die Diamine bisher nur in Flüssigkeiten gefunden wurden, in welchen sich gewisse Mikroorganismen fanden, diese letzteren auch in diesen Fällen der Cystinurie vorhanden gewesen sein müssen und demnach die Cystin- und Diaminurie eine Infectionskrankheit sei. Versuche, die Cystinurie auf einen gesunden Körper zu übertragen, haben bisher fehlgeschlagen, jedoch ist die allendliche Entscheidung dieser Frage bis zum Erscheinen der von den Verfassern angekündigten Fortsetzung ihrer Untersuchungen abzuwarten. Tobien.

C. Engelskjön: **Ueber den therapeutischen Nutzen localer Bürstungen bei Nerven- und Geisteskranken und ihr Verhältniss zur Elektrotherapie.** (Norsk Magaz. f. Lägeridensk. 49 Arg., S. 1).

Verf. betont zuerst die Nothwendigkeit der Unterscheidung zwischen den Fällen, welche centrale und denen, welche periphere Electrisirung erfordern. Das beste Mittel hierfür sei die Gesichtsfeldprobe. Wo Massage oder Bürsten der Hautoberfläche z. B. des Unterarmes Erweiterung des Gesichtsfeldes hervorrufe, sei periphere Electrisirung anzuwenden und zwar mit der Stromart, welche in entsprechenden Proben gleichfalls Erweiterung des Gesichtsfeldes hervorruft. Dadurch hat er in vielen Fällen Heilung erzielt; in anderen Fällen dagegen tritt nach zeitweiliger Besserung plötzlich eine deutliche Verschlimmerung ein. In diesen letzteren Fällen nun hat E. ausserordentlich günstige Erfolge gesehen bei localem Bürsten der Unterarme. Es folgt hierauf ausführliche Mittheilung mehrerer Krankengeschichten; Fälle neuralgischer und neuritischer Art, Neurasthenien und Melancholie. Verf. betont dabei, dass dieses Frottiren in Fällen, die centrales Electrisiren erfordern, und wo Frottiren Verengerung des Gesichtsfeldes hervorruft, durchaus schädlich wirken kann. Die Bürstecur scheint sich besonders für Leiden reflectorischen Ursprungs zu eignen, z. B. nach Stössen und Schreck und sexuellem Abusus, sowie in Geisteskrankheiten. Es werden nur die Unterarme gebürstet, 1 Min. auf der Streckseite und 1 Min. auf der Beugeseite 1 bis 2 Mal täglich. Die Bürste darf nicht zu hart sein. In welcher Richtung gebürstet werde, sei gleichgiltig. Die Cur soll nicht 6 Wochen überschreiten. Verf. hat auch gefunden, dass die allgemeine Faradisation vollständig durch Faradisiren der Unterarme ersetzt werden kann.

Buch (Willmanstrand).

P. Silverskjöld: **Behandlung von Rhachitis mit Massage und passiven Bewegungen.** (Eira. 12. Jahrg., №41).

Verf. theilt 9 Fälle von Rhachitis mit, Kinder im 1. bis 4. Lebensjahre betreffend, die von ihm mit allgemeiner Massage (Knetungen des ganzen Körpers) behandelt wurden, mit durchweg gutem Resultate. Buch (Wilmanstrand).



Sörensen; Ueber die Incubationsperiode des Scharlachs. (Hosp.-Tidende, 3. Baekke, Bd. 6, S. 673. Nordiskt Med. Ark. Bd. XXI, № 5).

Verf. hat in seinem Hospital die Beobachtung gemacht, dass Wöchnerinnen und Tracheotomirte besonders zur Ansteckung durch Scharlach disponiren. Er meint, dass das Scharlachgift durch solche Vulnerationen leichter eindringe.

Wo der Scharlach bei Operirten oder Wöchnerinnen auftrat, geschah dieses meist (29 von 38) am 3. Tage nach der Vulneration, 7 Mal am 1. Tage. Verf. ist der Ansicht, dass das Incubationsstadium zwischen 1 und 4 Tagen variirt; meist 2—3 Tage, selten über 4. Wo Verwundungen vorhanden, sei die Incubationszeit immer kurz. Buch (Willmanstrand).

J. W. Runeberg: Ein Fall von idiopathischer Herzhypertrophie mit plötzlichem Tod durch Herzlähmung. (Finska läkaresällsk. handl. Bd. 29, № 3, S. 155).

Schneidersfau von 33 J., stets schwächlich, sonst aber gesund, Mutter von 3 Kindern, erkrankte vor 3 Jahren mit Schwindel, Kopfschmerzen und Erbrechen; seitdem bei jeder stärkeren Bewegung Herzklopfen und Athemnoth; mitunter in Form von heftigen asthmatischen Anfällen. Während der letzten Monate Oedeme am ganzen Körper, zunehmende Athemnoth und Herzklopfen, so dass Pat. das Bett hüten muss. Bei Aufnahme in die Klinik ist Pat. abgemagert, stark cyanotisch, schwere Athemnoth und ausgebreitetes Oedem; Herzstoss diffus, Herzdämpfung beginnt am oberen Rande der 4. Rippe, erstreckt sich rechts etwas in's Sternum, links erreicht sie die Mammillarlinie; Töne schwach, aber rein, der Puls klein, weich, regelmässig, 120—130 in der Minute. Sonst nichts Bemerkenswerthes. Nachdem Pat. sich in 4 Tagen beim Gebrauch von Stimulantien und Digitalis bedeutend gebessert, starb sie am 5. Tage plötzlich an Herzparalyse. Die Obduction ergab mässige Hypertrophie und bedeutende Dilatation des rechten und besonders des linken Herzens. Das Herz schlaff; Endo- und Pericardium, sowie die Muskulatur vollkommen gesund; keine Fettdegeneration, unbedeutender Fettbelag auf dem Herzen, das Fett dringt jedoch nicht in die Muskelfibern ein. Aorta eng aber gesund, ebenso die Verzweigungen. Venöse Stase in den inneren Organen; sonst nichts Abnormes.

Buch (Willmanstrand).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Fr. Horner und J. Michel: Die Krankheiten des Auges im Kindesalter. Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. V. Band, 2. Abtheil., S. 203—634. Tübingen 1889.

Der von weil. Prof. Horner († 1886) bearbeitete erste Theil des Werkes *(Augenlider, Thränenorgane, Conjunctiva, Cornea, Sclera, Uvea)* ist bereits vor Jahren erschienen: jetzt liegt dasselbe, nachdem der zweite Theil *(Linse, Glaskörper, Netzhaut, Sehnerv, Augenmuskeln, Augenhöhle, Refraction und Accomodation, Verletzungen)* von Seiten Prof. Michel's eine Bearbeitung gefunden, in vollständiger Gestalt als ein abgeschlossenes Ganzes vor. Gerne ergreifen wir die Gelegenheit, unsere Leser auf dieses hervorragende, einen umfangreichen Stoff in klarer und systematischer Gliederung darbietende Werk aufmerksam zu machen. Eine einheitliche und umfassende Darstellung der im Kindesalter vorkommenden Augenkrankheiten fehlte, soviel uns bekannt, bisher sowohl in der pädiatrischen wie in der ophthalmologischen Literatur, und doch ist der Gegenstand wichtig genug; mit Recht sagt Horner in der Einleitung zu seiner Arbeit: „Die erste ophthalmologische Aufgabe des angehenden Arztes ist fast ohne Ausnahme die Behandlung eines augenkranken Kindes: die blennorrhoische Bindehautentzündung der Neugeborenen, die sogenannte scrophulöse Ophthalmie der etwas älteren Kinder fällt zuerst dem Hausarzte zu und entzieht sich aus natürlichen Gründen oft dem Specialisten. Macht schon dieser Umstand die Kenntniss der Augenkrankheiten des Kindes jedem Arzte besonders wichtig, so erklärt sich die Berechtigung einer separaten Besprechung derselben auch aus ihrer Eigenart und Häufigkeit". — Der Kinderarzt wird daher ebenso wie der Augenarzt ein Buch wie das vorliegende gewiss willkommen heissen und gern zu Rathe ziehen; Beiden wird es eine reiche Fundgrube wichtiger Thatsachen und ein guter Führer in einem ebenso interessanten wie schwierigen Gebiete sein.

Es kann nicht unsere Absicht sein, hier über den Inhalt des ganzen Werkes zu referiren; die Eintheilung des Stoffes ist oben bereits angegeben und beschränken wir uns daher mit dem Hinweis auf einige besonders wichtige Capitel; so z. B. *Blennorrhoea neonatorum, Conjunctivitis et Keratitis phlyctaenulosa, Tuberculose der Uvea, Gliom der Retina*, angeborene resp. in der Kindheit erworbene *Cataracten, Neuritis optica, Atrophia nervi optici, Nystagmus, Strabismus, Myopie* u. v. a. Eine besondere Berücksichtigung haben natürlich die am Bulbus und seinen Adnexis vorkommenden Hemmungsbildungen *(Mikrophthalmus, Colobombildung etc.)* erfahren. Die den einzelnen Capiteln eingefügten Literaturverzeichnisse erhöhen noch den Werth des Buches. Blessig.

Moeller und Geissler: Realencyclopädie der gesammten Pharmacie. Wien u. Leipzig. Urban & Schwarzenberg.

Von diesem Handwörterbuch sind jetzt Lieferungen 91 bis 102 erschienen. Sie bilden den 7. Band des Werkes und enthalten die Artikel Mykrozymen bis Penetration. Auch diese Lieferungen sind mit derselben Sorgfalt bearbeitet wie die früher erschienenen. Tobien.

Meteorologische Verhältnisse d. Wintersaison 1888/9 in Jalta.

Von Dr. Dmitrijew.

(Vortrag, gehalten in der Jaltaer klimatologischen Section der russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit).

Da das medicinische Collegium sich beständig für die meteorologischen Verhältnisse unseres heimischen Wintercurortes lebhaft interessirt, so bieten wir hiermit im Auszuge den Vortrag Dr. Dmitrijew's, gehalten am 3. Juni 1889 in der klimatologischen Section. Bevor wir mit dem Referate beginnen, müssen wir unsere Leser darauf aufmerksam machen, dass Dr. Dmitrijew für das Südgestade der Krim keine Abgrenzung des klimatischen Jahres in die 4 Jahreszeiten: Frühling, Sommer, Herbst und Winter zugiebt, weil den entsprechenden Monaten hier die charakteristischen Eigenthümlichkeiten fehlen. Es giebt bei uns kein richtiges Erwachen der Natur wie im Norden, da kein eigentlicher Winterschlaf eingetreten ist und jeder Wintermonat die Entwickelung dieser oder jener Classe der Pflanzenwelt aufzuweisen hat; so blühen die Rosen oft bis zum Weihnachtsfest, woregen Ende Januar bereits die Mandelbäume, Ende Februar die Primeln und Feldblumen, im März Aprikosen, dann die Pfirsiche zum Blühen kommen. D. theilt das klimatische Jahr in die kalte und warme Hälfte, da jeder Abschnitt 6 Monate umfasst. Als Basis dieser Eintheilung hat er die mittlere Monatstemperatur der einzelnen Monate für 2 Jahrzehnte genommen, wobei alle Monate mit einer mittleren Temperatur unter + 10° C. in die kalte oder Wintersaison und alle über + 10° C. in die warme oder Sommersaison gezählt worden. Zur ersten gehören die Monate November bis April (inclusive) neuen Styls, zu der zweiten die übrigen Monate.

D. macht darauf aufmerksam, dass der Winter 1888/9 sich durch hervorragende meteorologische Symptome von den übrigen Wintern und besonders von den mittleren Beobachtungszahlen für die einzelnen Monate auszeichnet. Der Winter begann ausserordentlich früh, wenigstens trat der erste Frost mit einer Temperatur von — 0,2° C. am 21. October auf (was in den 20 Jahren der regelmässigen Beobachtungen nur 1 Mal i. J. 1885 verzeichnet war). Ausserdem waren im November 8 Nächte mit einer Temperatur unter 0 verzeichnet, während in den 20 Jahren der meteorologischen Beobachtungen durchschnittlich nur 1 Frosttag auf diesen Monat kommen müsste. Die mittlere Temperatur des Novembers war + 7,1° C. statt 10,5°, also um 3,4° C. niedriger wie das Mittel für 20 Jahre.

Dieses war der Vorbote eines anormal kalten Winters, denn nun folgte ein December mit + 3,7° C. statt + 7,0; Januar mit + 2,1° C. statt + 4,1° C. Im Februar fand jedoch ein Umschlag statt, da die mittlere Temperatur = + 6,5° C. statt + 4° C. betrug; der März mit seinem Mittel von + 6,5° C. entsprach dem normalen Mittel von + 6,4° C.; der April mit + 11,3° C. hatte das Mittel von + 10,8° C. um 0,5° C. überstiegen.

Aus diesen Ziffern ist zu sehen, dass der heurige Winter einen grellen Unterschied zwischen den ersten und letzten 3 Monaten bietet, die ersten sind bedeutend kälter, die letzten bedeutend wärmer wie das normale Mittel für die entsprechende Zeit; demnach war das Plus der zweiten Hälfte der kalten Jahreszeit nicht im Stande das Minus der ersten auszugleichen. Uebrigens ist auch in anderen Rubriken ein auffallender Unterschied zwischen den beiden Hälften wahrzunehmen; so war die mittlere Minimaltemperatur in der ersten niedriger, in der zweiten höher als das Mittel.

Hauptsächlich auffallend ist der Unterschied zwischen den genannten Zeitabschnitten in den Niederschlägen und im Zustand des Himmels. In der ersten Hälfte ist die Masse der Niederschläge um 59 Mm. geringer, in der zweiten Hälfte um 114 Mm. höher als das Mittel für 20 Jahre. Auffallend sind die Regenmassen des Februar, welche die Summe von 109 Mm. gab, also mehr als das Mittel für 3 Wintermonate zusammen. Für die ganze Wintersaison überschritten die Niederschläge um 42,5 das Mittel. Natürlicher Weise ist die Zahl der Regentage für diese Wintersaison auch bedeutender gewesen, nämlich 64 statt 46, wobei wieder die erste Hälfte 21 statt 26 und die zweite 43 statt 18 Regentage aufzuweisen hat. Da nun die Tage mit Niederschlägen auf die wärmere Hälfte der Wintersaison fiel, ist es natürlich, dass die Zahl der Schneetage zu Gunsten der Regentage decimirt wurde. Jedenfalls ist im Verlauf der 20 Jahre kein einziger an Regentagen so reicher Monat wie der heurige Februar verzeichnet; ausserdem zeichnete sich dieser Monat durch einen ganz abnorm tiefen Barometerstand aus. — Die Zahl der Tage mit bewölktem Himmel war auch bedeutender (78 statt 54) als das Mittel. Sonderbarer Weise ist der mittlere Stand der absoluten Feuchtigkeit um 0,3 geringer als das Mittel von 20 Jahren, was durch die Trocken-

heit der ersten 3 Wintermonate erklärt wird; dagegen näherte sich der Hygrometerstand dem normalen Mittel. Der Barometerstand giebt im Ganzen ein dem normalen Mittel sich näherndes Resultat, mit oben angegebenen Abweichungen für den Februar, doch wurde diese Differenz durch den hohen Barometerstand in der ersten Hälfte der Wintersaison ausgeglichen.

Der niedrige Barometerstand wird durch die Aequatorialströmungen in der Athmosphäre im Verlauf der 3 letzten Wintermonate erklärt, dagegen ist die Meinung, dass sie mit den ungewöhnlich zahlreichen Cyklonen und Anticyklonen in Verbindung stehen, irrig, da die Zahl derselben in diesem Winter geringer wie im vorhergehenden war; wie ja auch die Zahl der Winde überhaupt (217 statt 226) in diesem Winter geringer und der Barometerstand gerade in der Zeit der Windstillen am tiefsten war.

Wir müssen noch auf die December- und Januarbrandungen, welche einen so verhängnissvollen Einfluss auf unsere Uferbauten hatten, aufmerksam machen. Die Sturmbrandungen waren so stark, wie sie in den 22 Jahren der Beobachtung Dr. Dmitrijew's nur 3 Mal vorgekommen. Es musste auffallen, dass trotz der geringeren Zahl von Winden die Sturmbrandungen zahlreicher waren, doch ist es begreiflich, dass jeder der seltenen Winde mit um so intensiverer Kraft geblasen hat. Uebrigens geht die Stärke der Brandungswogen keineswegs mit der Stärke der Winde Hand in Hand; im Gegentheil bemerkte Dmitrijew einen gewissen Antagonismus zwischen Meer- und Uferstürmen. Die Uferstürme entstehen, wenn die Luftströmungen von den Bergeshöhen auf das Meer stürzen, und die Meerstürme bei Luftströmungen vom Süden her. In diesem Jahre herrschten die Meerstürme mit ihren mächtigen Brandungswogen, die ich als Brandungsstürme bezeichne, vor; dieselben können sich um so freier entwickeln, da unsere Meeresbucht nach Süden zu vollkommen frei liegt. — Die Stürme, die durch die Strömungen von den Bergen bedingt werden, bringen auf dem Meere auch gewaltige Reactionen hervor, doch weit auf der Höhe desselben, vom Ufer entfernt.

Was die Richtung der Winde anbetrifft, so sind in diesem Winter die N- und West-Winde verhältnissmässig seltener (39 weniger wie das Mittel), die E- und S-Winde hingegen häufiger (30 mehr) gewesen.

Was die Cyklonen und Anticyklonen anbetrifft, so waren dieselben im Vergleich zum vergangenen Winter wie folgt:

Im Ganzen	1888/9	= 19	und 1887/8	= 23
Südlich von Jalta gingen	„	= 9	„ „	= 14
Westlich „ „ „	„	= 11	„ „	= 22
Nördlich „ „ „	„	= 10	„ „	= 9
Oestlich „ „ „	„	= 8	„ „	= 1
Anticyklonen waren . .	„	= 3	„ „	= 3.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Gegen *Fussschweisse* wird in der eidgenössischen Armee (Corresp. f. Schweiz. Aerzte 1889) ein aus 2 Theilen *Alaun* und 10 Theilen *Talk* bestehendes Pulver benutzt, das sich gut bewährt hat. (Therap. Monatsh. № 8.)

— Hammerschlag: *Migränepulver* (Allg. med. Centralz.) Rp. Coffeïni citrici 1,0. Phenacetini 2,0. Sacchari alb. 1,0. M. divide in partes aequal. № X ad capsulas amylac. DS. 2—3 stündlich 1 Kapsel. (Therap. Monatsh. № 8.)

— Dr. J. Dannheisser berichtet in der „Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie“ (XXIX, 4) über die auf der Strassburger Klinik seit nahezu 5 Jahren erzielten Resultate der *Wundbehandlung mit Zucker*. Ausser Jodoformzucker (1:10), welcher in manchen Fällen von specifisch tuberculösen Processen benutzt wird, kommt jetzt nur noch reiner Zucker in feinster Vertheilung zur Verwendung. Der Zucker wird, in einen Sack eingefüllt, direct auf die Wunde gelegt. Der Wundverlauf ist unter dem Zuckerverband für gewöhnlich, wenn keine beträchtliche Eiterung eintritt, ein recht befriedigender. Gewöhnlich bleibt der erste Verband 6—8 Tage liegen. Ausserdem kommt der Zucker in der Weise zur Verwendung, dass er direct auf Wunden aufgestreut wird, hauptsächlich um sie von Belag und Geruch zu reinigen und um dann eine kräftige Granulation zu bezwecken. Es kommen hier die unreinen Wunden, speciell Beingeschwüre, jauchende Carcinome in Betracht. Der Zucker selbst hat keine antiseptischen Eigenschaften, hilft aber dadurch, dass er sich zersetzt und Milchsäure liefert, mithin eine saure Reaction der Wundsecrete eintreten lässt, die Wunde aseptisch erhalten. Aus den Operationsresultaten schliesst D., dass der Zuckerverband volle Berechtigung hat, in die Reihe der übrigen Verbandmethoden aufgenommen zu werden, zumal da er einfach, billig und deshalb überall leicht zu beschaffen ist. (Prag. med. W. 39.)

— Huchard (Rev. genér. de clin.) erinnert an das von Dr. Tennesson empfohlene Mittel gegen die Nachtschweisse von Phthisikern, wenn die gewöhnlichen Mittel, Atropin, Agaricus u. dgl. wirkungslos bleiben, und zwar 1,0 Secale cornutum oder ½ Milligr. Ergotin subcutan ½ Stunde vor dem gewöhnlichen Auftreten des Schweisses. Diese Gaben werden, wenn nöthig, nach 1—2 Stunden wiederholt und 3 Tage lang hintereinander gegeben. Der Schweiss hört in der ersten, spätestens in der zweiten Nacht schon auf und hält der Effect 1—2 Wochen an. H. hat von dieser Methode sehr guten Erfolg bei einem Manne gesehen, der längere Zeit vor dem Auftreten localer Symptome der Tuberculose an profusen Nachtschweissen gelitten hatte. (Wr. № 37.)

— Chelmonski (Gas. lekarsk. 1888, № 19. Med. and surgic. Reporter 3. November 1888) hat die vor einiger Zeit von Schildbach angestellten Versuche geprüft und ist zu folgenden Schlüssen gekommen: Nach einer 10—15 Minuten dauernden Sitzung (Ka im Rectum, An am Abdomen) trat binnen längstens 2 Stunden Stuhlgang ein. Bei den 10 untersuchten Personen (2 gesunden und 8 an Obstipation leidenden) trat 9 Mal, frühestens nach 50 Minuten, spätestens nach 12 Stunden breiiger Stuhl auf, bei 4 ausgesprochener Durchfall, 3 Mal wurden während der Galvanisation Collapserscheinungen, 1 Mal Ohnmacht beobachtet; überhaupt hat Ch. die von Schildbach gerühmte Wirkung des constanten Stromes nicht gesehen und sprechen nach ihm gegen eine ausgebreitete Anwendung des Stromes die beobachteten üblen Nebenwirkungen. (Therap. Monatsh. 7)

— Doyon: *Ueber Anhäufung von Bromkali im Organismus nach längerem Gebrauch des Medicaments.* (Therap. Gaz. 1889, 5. Mai). Ein 12-jähriges Mädchen hatte gegen schwere Epilepsie über ein Jahr lang Tagesdosen von 3,0—6,0 Bromkali erhalten und wurde während eines Scharlachfiebers von tiefer Somnolenz befallen, weshalb das Bromkalium ausgesetzt wurde, weil man ihm diese Wirkung zuschrieb. Die Anfälle wurden aber wieder stärker und verbanden sich mit maniakalischer Aufregung, weshalb das Mittel wieder verabreicht werden musste. Einige Tage darauf Tod nach vorhergegangenen heftigen Stickhustenanfällen, Dyspnoe, Cyanose u. a. Die Section ergab nichts Besonderes, die chemische Analyse der etwas festen Gehirnmasse ergab einen Gehalt derselben von 2,0 Bromkali, während die Leber etwa 0,7 enthielt. Verf. mahnt angesichts dieses Falles zur Vorsicht bei längerer Anwendung des Medicamentes in grösseren Gaben. (Therap. Monatsh. № 9.)

— Mesnet berichtet, dass Tillaut einer jungen hysterischen Frau eine Cystocele vaginalis simpl. entfernt habe, nachdem er die Frau mittelst des Blicks hypnotisirt hatte. Die Pat. trat selbst zum Operationstisch, legte sich hin, fühlte während der 20 Minuten dauernden Operation und nachher keine Schmerzen und erinnerte sich beim Aufwachen nicht, dass die Operation vollzogen worden sei. Eine Nachblutung stand durch Tamponade. Tillaut meint, dass nur einzelne hysterische Personen dazu geneigt wären, während des hypnotischen Schlafes in einen Zustand zu gelangen, in welchem sie nichts fühlen. (Sem. méd. 31.)

— Von der Annahme ausgehend, dass die Infection bei *Influenza* durch die Verdauungsorgane erfolge, hat Schuster (Aachen) in seinen Fällen stets die *Abortivbehandlung mit Calomel*, wie beim Abdominaltyphus, angewandt und rühmt die Erfolge derselben, die von Wolff (Berlin) bestätigt werden. (D. med. Wochenschr. № 3.)

Vermischtes.

— Die hohe Werthschätzung und warme Liebe, die sich der weiland Professor E. v. Wahl in Stadt und Land erworben, fanden ihren äusseren Wiederschein, als es galt, dem Hingeschiedenen die letzte Ehre zu erweisen. Von Nah und Fern, schreibt die „N. Dörpt. Ztg.“, waren Zeichen der Liebe und ehrender Anerkennung eingetroffen und das Leichenbegängniss gestaltete sich unter Theilnahme weitester Kreise zu einer Trauerfeier, wie sie Dorpat nicht oft gesehen.

Nachdem am Sonntag um 9 Uhr Abends die feierliche Ueberführung der Leiche unter Vorantragung der trauerumflorten Fahne der Studentenverbindung „Livonia“, welcher der Verewigte als academischer Bürger einst angehört hatte, durch die Mitglieder dieser Verbindung aus dem Trauerhause in die Universitätskirche erfolgt war, wo der Trauerzug mit dem Gesange des Requiem empfangen wurde, fand am 22. Jan. um 1 Uhr Mittags der Trauergottesdienst statt. In einer tiefempfundenen Rede, welcher der Spruch „Sei getreu bis in den Tod, so will ich dir die Krone des ewigen Lebens geben“ zu Grunde gelegt war, gedachte der Universitätsprediger, Prof. F. Hörschelmann, der hervorragenden Eigenschaften und des selbstlosen Strebens des Heimgegangenen.

Im Namen der Facultät, als College und Freund rief alsdann, nachdem der akademische Gesangverein einen weihevollen Gesang vorgetragen, Prof. Dr. G. Dragendorff dem Geschiedenen ein letztes Wort nach — ein Charakter- und Lebensbild desselben, ein Bild seines erfolg- und segensreichen Wirkens im Dienste der Wissenschaft und der leidenden Menschheit entwerfend. Redner schilderte unter Anderem die Verdienste v. Wahl's um seine engere Heimath und die Universität Dorpat. Ihm verdanke Dorpat zunächst die Errichtung der psychiatrischen Klinik, zu der er zum Theil aus eigenen Mitteln den Grund gelegt, ihm die Erweiterung der chirurgischen Klinik, ihm das thatkräftige Vorgehen zur Errichtung von Leproserien, ihm verdanken Tausende Heilung und Linderung ihrer Leiden. Zum Schluss gedachte Prof. G. Dragendorff mit warmen Worten des Geschiedenen als Collegen und Freund.



XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

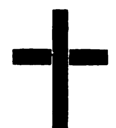
Dr. Theodor von Schröder,

St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14. zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 5 St. Petersburg, 3. (15.) Februar **1890**



Professor Dr. Eduard von Wahl.

Aus der wissenschaftlichen und praktischen Thätigkeit von Wahl's, wie wir sie in der vorigen Nummer dieser Wochenschrift zu schildern versuchten, geht die Vielseitigkeit der Interessen hervor, die ihn in den letzten Jahren beschäftigten. So möge auch noch erwähnt werden, dass die Erdbeschreibung im weitesten Sinne stets sein reges Interesse in Anspruch nahm und dass er ein eifriges Mitglied des hiesigen geographischen Abends war, der ihm mehrere interessante Vorträge verdankt.

Ein anderer charakteristischer Zug in der Thätigkeit von Wahl's besteht darin, dass sie stets auf das Ziel gerichtet war, praktischen Nutzen zu stiften. In diesem Bemühen scheute er auch nicht Gebiete, die seinen persönlichen Studien weniger nahe lagen. Wo er helfen konnte, da that er es. — Mit Worten pflegte v. Wahl zu sparen; aber seine Thaten lassen alle eine gemeinsame tiefe Quelle erkennen, der sein Wollen und Wirken entsprang. Es war das die selbstlose Liebe zu seinen Nebenmenschen, die treue Anhänglichkeit an das Land, das ihn geboren und an die Universität, die ihn erzogen und bei der er wirkte. Die Universität dankt ihm seine Thätigkeit als Professor, und neben vielen kleinen Diensten die Initiative zur Gründung der psychiatrischen Klinik; das Land den thatkräftigen Antheil, den er an der Bekämpfung der Syphilis in Dorpat nahm, sowie den unermüdlichen Eifer, mit dem er für die Eindämmung der Lepra in Livland wirkte; und jeder Einzelne, der mit ihm zu thun hatte, oder sich seiner geschickten Hand anvertraute, fühlte bald, dass Menschenliebe den Grundzug seines Charakters bildete. Daher die Anhänglichkeit, mit der das niedere Dienstpersonal seiner Klinik, in der er ein festes, aber von aller Härte weit entferntes Regiment führte, an ihm hing; daher das blinde Vertrauen, das seine klinischen Patienten ihm entgegen brachten. Wenn sonst der Arzt und besonders der Chirurg im niederen Volke vielfach mit dem Widerstand der Unwissenheit zu kämpfen hat, so litt v. Wahl darunter nur wenig. Ein jeder Tagelöhner, der die Dorpater chirurgische Klinik aufsuchte, wusste, dass v. Wahl es gut mit ihm meinte und liess mit sich geschehen, was dieser für gut und nothwendig fand.

So wird die Erinnerung an Prof. v. Wahl unauslöschlich im Gedächtniss seiner Patienten fortleben. Ein von Künstlerhand geschaffenes Oelgemälde wird die kräftige Gestalt und die markigen Züge des von einem grauen, nach englischer Art getragenen Bart umrahmten Gesichtes auch den kommenden Geschlechtern aufbewahren. Neben den Porträts seiner Vorgänger Pirogow, Adelmann und v. Bergmann wird v. Wahl's Bildniss den besten Schmuck des Operationssaales der Dorpater chirurgischen Klinik bilden.

Es war v. Wahl vergönnt vor wenig Jahren seine Silberhochzeit an der Seite einer geliebten Gattin und umgeben von einem Kranze blühender Söhne und Töchter zu feiern.

Damals stand v. Wahl noch in der vollen Blüthe der Gesundheit und Schaffenskraft. Allein seit einem Jahre machte sich der Keim der Krankheit bemerklich, deren Bedeutung ihm als Chirurgen nicht entgehen konnte. Zu Anfang des vergangenen Jahres unterwarf sich v. Wahl der Amputation eines Testikels wegen tuberculöser Erkrankung desselben. Mit stoischer Ruhe trug er das Leiden, von dem nur noch seine Assistenten wussten, welchen er die Operation anvertraut hatte. Wer ihn sonst sein Amt nach alter Art verwalten sah, oder in der Facultät, in wissenschaftlichen Versammlungen und im vertrauten Freundeskreise mit ihm zusammen kam, der merkte nicht, dass v. Wahl selbst seine Tage für gezählt hielt.

Am 23. December trat die Katastrophe ein, die uns v. Wahl's beraubte. Als derselbe ahnungslos um eine Strassenecke bog, wurde ein Wagen durch einen wild gewordenen Droschkengaul gegen die linke Seite v. Wahl's geschleudert. Blutend stürzte er hin und wurde besinnungslos in seine Klinik getragen, wo ein Bruch mehrerer Rippen und Bluterguss in die linke Pleura- und in die Peritonealhöhle constatirt wurde. Vom anfänglichen Choc erholte sich v. Wahl's noch immer kräftiger Organismus bald wieder, so dass er nach einigen Tagen in seine Wohnung transportirt werden konnte, allein bald stellte sich ein Abends exacerbirendes Fieber ein, das seinen Freunden schwere Besorgniss einflösste. Schmerzen in der Gegend der gebrochenen Rippen, Meteorismus und Athembeschwerden raubten Ruhe und Schlaf, der nur durch Morphium erzielt werden konnte; Würgen und völlige Appetitlosigkeit verhinderten eine genügende Nahrungsaufnahme. In den letzten Tagen traten Anfälle von Herzschwäche hinzu, die den Kranken wie seine Aerzte das baldige Ende erwarten liessen. Mit Ruhe, wenn auch nicht ohne das Bedauern, zu früh für seine Arbeiten und Entwürfe, zu früh für die Seinen dahingehen zu müssen, sah v. Wahl seinem Geschick entgegen; versöhnt mit dem Glauben seiner Väter, fand er bis zuletzt die Kraft, sich an den edelsten Schätzen der Poesie aus seinen Leiden zu erheben.

Am Morgen des 17. Januar d. J. erlosch dem noch nicht 57-jährigen für immer das Licht dieser Welt.

Die letzten Zeugen irdischen Geistes, auf denen sein Auge wenige Stunden vor dem Tode geruht hatte, waren die Göthe'schen Verse:

Ach, ich bin des Treibens müde!
Was soll all' der Schmerz und Lust?
Süsser Friede,
Komm, ach komm in meine Brust.

Die *Section* ergab eine ausgedehnte Sugillation der linken Thorax- und Lumbalgegend, Bruch der 3. bis 10. linken Rippe, von denen zwei die Pleura durchbohrt und einen linksseitigen Hämatothorax bewirkt hatten. Ferner einen ca. 7 Ctm. langen und 3 Ctm. tiefen Riss durch die Milz, aus welcher sich etwa 2 Liter Blut in die Peritonealhöhle ergossen hatten. Beginnende Tuberculose des Urogenitalapparates: käsiger Abscess im linken Nebenhoden, miliare Tuberkeleruption in der Urethra und den Ureteren. — Acute miliare Tuberculose des Peritoneum an allen den Stellen, welche mit dem ergossenen Blut in Berührung gekommen waren, sowie acute tuberculöse Pleuritis der linken Seite, soweit die Pleurahöhle von dem Blutextravasat benetzt worden war.

Dieser Befund liefert wohl den Beweis, dass auch schon vor der Verletzung im Blute, trotz scheinbarer Gesundheit, das Tuberkelvirus gekreist hat, und dass somit auf eine dauerndere Erhaltung des theuren Lebens auch in dem Falle keine Hoffnung vorhanden gewesen wäre, wenn die Contusion nicht stattgefunden hätte.

Dorpat, 30. Januar 1890. K. Dehio.



Die „St. Petersburger medicinische Wochenschrift“ verliert in v. Wahl ihren Redacteur und langjährigen Mitarbeiter. Sie glaubt demselben kein besseres Denkmal setzen zu können als dadurch, dass sie im Folgenden ein Verzeichniss der literärischen Arbeiten v. Wahl's der Nachwelt aufbewahrt.

Eigene Arbeiten.

Ein Fall von Aneurysma der Aorta thoracica.
Ein Beitrag zur Statistik der Pneumonie.
Ein Fall von acuter Endocarditis an den Klappen der Pulmonalarterie. (St. Petersb. med. Zeitschr. 1861.)
Ein Fall von Mycose des Magens. (Virchow's Archiv 1861.)
Beitrag zur Casuistik eingeklemmter Brüche. (Prager Vierteljahrschr. 1862.)
Einige Worte über Harnverhaltung. (St. Petersb. med. Zeitschr. 1862.)
Beiträge zur Klinik der purulenten und septischen Infection.
Ueber Phosphornekrose.
Ueber Senkungsgangrän. (St. Petersb. med. Zeitschr. 1863.)
Die Amputation im Knie nach Gritti.
Zur Casuistik der spontanen diffusen Osteomyelitis.
Zur Prognose und Behandlung complicirter Fracturen. (Prager Vierteljahrsschr. 1864.)
Ueber die erste Behandlung des angeborenen Klumpfusses.
Zur Casuistik der Osteotomie. (Jahrbuch für Kinderheilkunde.)
Ueber eine zweckmässige Lagerung nach der Hüftgelenkresection.
Zur Casuistik der Osteotomie. (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie.)
Acht Hüftgelenkresectionen aus dem Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg.
Zwei Fälle von Osteotomia subtrochanterica. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1876, № 1.)
Einiges über Wundbehandlung. (Ebend. № 7.)
Ueber das Wundfieber bei antiseptischer Behandlung. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1878, № 51.)
Zur Casuistik der Osteotomie. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1878, № 51.)
Ueber die Repositionshindernisse bei veralteten Luxationen im Ellbogengelenk. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1879, № 23.)
Ueber seltener vorkommende Repositionshindernisse bei der Herniotomie. (St. Pet. med. Wochenschr. 1879, № 27 u. 28.)
Krankheiten der Knochen und Gelenke im Kindesalter. Mit 114 Abbildungen. (Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. Bd. VI. 2. Abth. p. 319—489. Tübingen 1880. Neue Ausg. 1887.)
Ueber die Verbreitung der Syphilis und die Mittel zur Einschränkung derselben. (Ein klinischer Vortrag. Dorpat 1880.)
Einiges über Gefässverletzungen. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1881, № 1.)
Ein Fall von sogenanntem Kopftetanus oder Tetanus hydrophobicus. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1882, № 39.)
Ueber Fracturen der Schädelbasis. (Sammlung klinischer Vorträge, herausg. von R. Volkmann. № 228, 1883.)
Arteriell-nervöses Aneurysma der grossen Gefässe des Oberschenkels. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1883, № 7.)
Ueber seltenere Zufälle bei der Ovariotomie. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1883, № 9.)
Ueber die diagnostische Bedeutung der systolischen Geräusche bei partieller Trennung des Arterienrohres. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1884, № 1.)
Ueber die auscultatorischen Erscheinungen bei Gefässverletzungen und sogen. traumatischen Aneurysmen. (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. XXI. 1884.)
Die Diagnose der Arterienverletzung. (Sammlung klin. Vorträge, herausg. von R. Volkmann. № 258, 1885.)
Zur Casuistik der Nephrectomien. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1885, № 44 u. 45.)
Zur Casuistik der Laparotomien und Enterostomien bei Darmocclusion. (St. Pet. med. Wochenschr. 1886, № 19/20.)
Ueber Photoxylin in der chirurgischen Praxis. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1887, № 20.)
Ueber die Frakturen der Schädelbasis. (17. Congress für Chirurgie 1888.)
Ueber die klinische Diagnose der Darmocclusion durch Strangulation und Achsendrehung. (Centralbl. f. Chir. 1889.)
Die Laparotomie bei Achsendrehung des Dünndarms. (Langenbeck's Archiv 1889.)
Oesophagotomie wegen eines verschluckten Gebisses. (St. Pet. med. Wochenschr. 1889, № 21.)
Ueber Darmanastomose. (St. Pet. med. Wochenschr. 1889, № 24.)
Ueber Excision des Narbencallus bei traumatischen Stricturen der Harnröhre mit nachfolgender Urethroraphie. (St. Pet. med. Wochenschr. 1889, № 47.)

Unter Prof. v. Wahl's Leitung und auf seine Anreguug sind 29 Doctor-Dissertationen entstanden und ausserdem sind von seinen Schülern 9 Arbeiten, für welche die Klinik das Material hergegeben, in verschiedenen Zeitschriften des In- und Auslandes veröffentlicht worden. Das nachstehende Verzeichniss führt diese 38 Arbeiten auf:

1880 Sack: Beitrag zur Statistik der Kniegelenkresectionen bei antiseptischer Behandlung.
— B. Lipnisski: Ueber die Scheinreduction bei Hernien.
— J. Israelsohn: Ueber Radicaloperation der Hernien unter antiseptischer Behandlung.
1881 N. Hermann: Experimentelle und casuistische Studien über Fracturen der Schädelbasis.
— G. Ohms: Zur Casuistik, Diagnose und operativen Therapie der festen Uterustumoren.
— A. Bergmann: Zur Cylindromfrage.
— G. Rücker: Experimentelle und casuistische Beiträge zur Lehre von der Höhlenpression bei Schussverletzungen des Schädels.
— G. v. Vogel: Beobachtungen am Schlunde eines mit vollständigem Defect der Nase behafteten Individuums.
— X. Dombrowski: Zur orthopädischen Behandlung der fungösen Gelenkkrankheiten und Fracturen an den unteren Extremitäten.
— E. Jannsen: Untersuchungen über die Verletzungen der Arterien des Unterschenkels und des Poplitealgebietes.
1882 J. Grosch: Beitrag zur Statistik der Hüftgelenkresectionen unter antiseptischer Wundbehandlung.
1883 A. Hentzelt: Ueber die Behandlung der subcutanen Querfracturen der Patella mit besonderer Berücksichtigung der Punction des Gelenkes und der Knochennaht.
— A. Wagner: Ueber die Hernia properitonealis.
— St. Beclewski: Ein Beitrag zur Laparotomie bei Darminvaginationen.
1884 F. Voss: Die Verletzungen der Arteria mammaria interna.
— J. Wellberg: Klinische Beiträge zur Kenntniss der Lepra in den Ostseeprovinzen Russlands. Mit 3 Lichtdrucktafeln.
1885 O. Büngner: Die Schussverletzungen der Arteria subclavia infraclavicularis und der Arteria axillaris.
— A. v. Engelhardt: Casuistik der Verletzungen der Arteria tibialis und der Arteria peronea nebst einer Studie über die Blutung als Primärsymptom bei den Schussverletzungen dieser Arterien.
— H. Sachs: Untersuchungen über den Processus vaginalis peritonei als prädisponirendes Moment für die äussere Leistenhernie.
— B. v. Czerwinski: Bemerkungen zu den in der Dorpater chirurg. Universitätsklinik beobachteten Brucheinklemmungen.
1886 W. v. Zöge-Manteuffel: Experimentelle Studie über Geräusche bei Gefässverletzungen.
1887 W. Greiffenhagen: Ueber den Mechanismus der Schädelbrüche.
— Hellat: Studien über die Verbreitung der Lepra in den Ostseeprovinzen.
1888 Etzold: Klinische Untersuchungen über Nervennaht.
— v. Oettingen: Ueber Enterostomie und Laparotomie bei acuter innerer Einklemmung, bedingt durch Volvulus, Strangulation und Inflection.
— Nemethy: Ein Beitrag zur Laparotomie bei Schuss- und Stichwunden des Magens.
1889 Sihle: Ein Beitrag zur Statistik der Rectumcarcinome.
— v. Essen: Die Amputationen und Exarticulationen der chirurg. Klinik zu Dorpat in den Jahren 1878—88.
— Klemm: Studien über die pathologisch-anatomischen Veränderungen am Darm in Folge von Brucheinklemmung.

Czerwinski: Ueber einen Fall von Teno-synovitis crepitans und die chemische Constitution der sog. Corpuscula oryzoïdea. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1884, № 2).
Israelsohn: Ein Fall von Synovitis sero-fibrinosa genus dextri mit Bildung von Reiskörpern bei gleichzeitiger fungöstuberculöser Erkrankung der Synovialis. (Ebend. 1884, № 37).
W. Demitsch: Ein Fall von Pityriasis rubra. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1885, № 11, 12).
H. Sachs: Untersuchungen über den Processus vaginalis peritonei als prädisponirendes Moment für die äussere Leistenhernie. (Langenbeck's Archiv f. klinische Chirurgie 1887, pag. 321.)
H. Sachs: Die Fascia umbilicalis und deren Beziehungen zum Nabelringbruch bei Kindern. (Virchow's Archiv 1887, Bd. 107).
J. Wellberg: Zur Verbreitung der Lepra in den Ostseeprovinzen Russlands. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1885, № 14).
M. Edelberg: Klinische und experimentelle Untersuchungen über das Wundfieber bei der antiseptischen Behandlung. (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie 1880, Bd. XIII.
Dombrowski: Ueber einen neuen Stützapparat für Kniegelenkresectionen. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1881, № 32.)
J. Grosch: Studien über das Lipom. (Deutsche Zeitschr. für Chirurgie 1887, Bd. 26).



Ueber den Einfluss der Grippe auf den Verlauf der Phthise und deren Krankheitsbild bei Complication mit Grippe.

Von

A. J. Wiltschur (St. Petersburg).

Die Influenzaepidemie, welche Mitte October in St. Petersburg auftrat und ihren Höhepunct Mitte November erreichte, hat augenblicklich glücklicher Weise fast ihr Ende erreicht und kann man schon jetzt einige Schlussfolgerungen ziehen. Sie hat, obgleich im Ganzen milde verlaufend, doch nicht wenig Opfer dahingerafft und zwar starben die Kranken theils an der uncomplicirten Grippe, theils an catarrhalischer und croupöser Pneumonie, theils aber, und zwar ein sehr grosser Procentsatz von ihnen, an Hinzutreten der Grippe zu bereits bestehenden Krankheiten, besonders Herzfehlern und Schwindsucht.

Während der Epidemie stand ich der 66 Betten enthaltenden Abtheilung für Schwindsüchtige im Obuchow'schen Hospital vor und hatte deshalb Gelegenheit, an einer grossen Anzahl von Kranken den Einfluss der Grippe auf den Verlauf der Schwindsucht zu verfolgen. Diese Beobachtungen bieten, meiner Ansicht nach, schon deshalb einiges Interesse dar, weil es, so viel mir bekannt ist, keine genauen Zahlenangaben über den verderblichen Einfluss der Grippe auf Schwindsüchtige giebt, obgleich ein solcher von den Autoren öfters erwähnt wird.

Bevor ich die von mir erhaltenen Daten darlege, möchte ich einer Thatsache erwähnen, welche bei der Berechnung des Sterblichkeitsprocentes der Schwindsüchtigen nach den einzelnen Monaten durchaus berücksichtigt werden muss.

Bei einem Vergleiche des Sterblichkeitsprocentes der Phthisiker im Obuchow'schen Hospital für verschiedene Jahre und Monate fand ich, dass das Jahresprocent sich bedeutend höher stellt, als das monatliche; so schwankt letzteres für das Jahr 1888 zwischen 24%—27%—32%, während das Mittel für das Jahr + Rest zum 1. Januar 1889 — 53,34% beträgt. Der Anschaulichkeit wegen führe ich in Tabelle 1 die Krankenbewegung in der Abtheilung für Schwindsüchtige [1]) für die einzelnen Monate des Jahres 1888 an, der Procentsatz schwankt hier zwischen 14,77% und 32,43%, während das Jahresmittel gleich 44,93% ist. Im ganzen Obuchow'schen Hospitale waren in demselben Jahre (den nachgebliebenen Rest von 1887 mitgerechnet) 1391 Schwindsüchtige verpflegt worden, von denen 742 = 53,34% starben [2]).

Die grössere jährliche Sterblichkeitsziffer im Vergleiche zu der monatlichen entsteht dadurch, dass bei der Berechnung des Monatsprocentes die Zahl der Neuaufgenommenen und der Rest vom vorigen Monat berücksichtigt wird, so dass die stationären Kranken (häufig immer dieselben) von einem Monat auf den anderen übertragen werden, wodurch das wahre Sterblichkeitsprocent verringert wird. Ich musste daher, weil ich eine Statistik für nur 1 Monat und 10 Tage (vom 20. Oct.—1. Dec.) aufzustellen hatte, mir eine andere Vergleichseinheit, welche der Wirklichkeit mehr entspräche, finden und zwar berechnete ich für die letzten 3 Jahre die Dauer des Hospitalaufenthaltes der Kranken von dem Tage ihres Eintrittes bis zu ihrem Todestage; die hygienischen Verhältnisse und die Behandlung (möglichst gute Ernährung, grosse Gaben von Kreosot und Narcotica) waren in der eben so lange bestehenden Abtheilung für Schwindsüchtige fast gleiche. Diese Berechnung hat den Vorzug, dass sie weniger den Schwankungen unterliegt, als die auf Grundlage der Entlassungen basirte; kein einziger Phthisiker genas im Hospitale, alle verliessen dasselbe aus ganz anderen Gründen; der letale Ausgang ist leider der sicherere und weniger schwankende. (Cfr. Tab. 2).

№ 1.

	Bestand	Zugang	Entlassen	Gestorben	Verblieben	Sterblichkeits-%.
Januar	38	45	16	16	51	19,30
Februar	51	39	24	19	47	21,11
März	47	53	20	25	55	25,00
April	55	33	22	13	53	14,77
Mai	53	60	44	29	40	25,66
Juni	40	46	31	22	33	25,58
Juli	33	40	23	16	34	21,91
August	34	43	32	19	26	24,67
September	26	48	10	24	40	32,43
October	40	60	21	30	49	30,00
November	49	30	8	20	51	25,31
December	51	28	15	20	44	25,31
	38	525	266	253	44	44,93

[1]) Nicht alle Schwindsüchtigen sind in einer und derselben Abtheilung vereinigt, weil 1) die Zahl der Phthisiker die Zahl der für sie bestimmten Betten übersteigt und 2) die mit einer anderen Diagnose aufgenommenen Kranken in andere Abtheilungen gelangen.

№ 2.

	Zahl der Gestorbenen	Zahl der im Hospital verbrachten Tage von der Aufnahme bis zum Tode	Mittlerer Hospitalsaufenthalt in Tagen	Entlassen
1887	247	7858	31,81	229
1888	253	8236	32,55	257
1889 bis 20. Oct.	265	8403	31,69	251
	765	24497	32,01	737

Auf 737 Entlassene [3]) kommen im Verlaufe von 3 Jahren 765 Gestorbene, welche zusammen 24,497 Tage im Hospital verbracht hatten, im Mittel 32,01 Tage. Vom 20. Oct. (dem Tage des Beginnes der Epidemie) bis zum 1. Dec. wurden *in die Abtheilung für Schwindsüchtige* 112 Phthisiker aufgenommen und starben *61*. Die Zahl der Aufgenommenen und Gestorbenen derselben Zeit für 1887 und 1888 ist in Tab. 3 aufgezeichnet.

№ 3.

	Aufgenommen v. 20. Oct. bis 1. Dec.	Eingetreten im October	Eingetreten im Novemb.	Gestorben v. 20. Oct. bis 1. Dec.	Gestorben vom 20. Oct. bis 1. Dec. aus den in dieser Zeit Eingetret.
1887	17	54	47	22	5 oder 7,81%
1888	19	50	30	23	5 „ 10,20%
1889	28	51	84	61	22 „ 19,64%

[2]) Die Differenz zwischen der für das ganze Hospital und der für die specielle Abtheilung berechneten Zahlen entsteht dadurch, dass die schwachen Kranken aus dem Aufnahmezimmer in die, diesem zunächst gelegenen Abtheilungen gelegt werden, während die Abtheilung für Schwindsüchtige mitten im Hofe des Hospitals sich befindet und vom Aufnahmebureau im Hauptgebäude weit entfernt ist.

[3]) Die Entlassung des Kranken ist, wie schon erwähnt, einer Heilung nicht gleichbedeutend; es verlassen im Gegentheil äusserst viele Kranke das Hospital, während sie sich recht elend fühlen, was sie natürlich der ihnen dort widerfahrenen schlechten Behandlung zuschreiben; andere, gleichfalls sich schlecht fühlend, verlassen die Anstalt, um sich im Heimathsdorfe zu erholen und nur wenige bessern sich wirklich. Beeinflusst wird die Zahl

Diese Tabelle zeigt äusserst deutlich den vermehrten Zugang von Schwindsüchtigen, welche mit dem Beginne der Epidemie zusammenfällt; dabei sind in den letzten Tagen des October mehr Kranke aufgenommen worden, als in den vorhergehenden 20, im November aber betrug deren Zahl fast das Dreifache im selben Monate des Vorjahres. Da aber im November 1889 überhaupt mehr Kranke aufgenommen wurden, so berechnete ich das Procentverhältniss der Schwindsüchtigen zu der allgemeinen Zahl der Aufgenommenen, letztere betrug 1047, darunter 177 Schwindsüchtige (16,9%), welche wegen Mangel an Belegstellen in der speciellen Abtheilung in andere gelegt wurden. Laut Bericht des Oberarztes des Hospitals, Dr. Hermann (Historische Beschreibung des Obuchowhospitals für 100 Jahre), überschritt die Zahl der aufgenommenen Phthisiker von 1869 bis 1880 incl. nicht 7,9%, gewöhnlich ist sie 5—6% der allgemeinen jährlichen Krankenzahl; ungefähr dasselbe Verhältniss findet sich auch im November derselben Periode, mit Ausnahme des Jahres 1878, in welchem der Procentsatz 8,71% betrug, von 1881 an aber wächst diese Ziffer und erreichte 1882 10,87%.

Um den Umfang dieses Artikels nicht zu vergrössern, führe ich nur die Statistik für den November der letzten 6 Jahre in Tabelle 4 an, aus welcher sich ergiebt, dass die Zahl der im November 1889 aufgenommenen Phthisiker fast doppelt so gross als in den Vorjahren ist, das Sterblichkeitsprocent aber um 4—5 gewachsen ist.

№ 4.

	Allgemeine Zahl der Aufgenommenen	Von ihnen Phthisiker	%
1884	742	82	11,01
1885	698	86	12,32
1886	706	97	13,73
1887	748	108	13,10
1888	748	97	12,96
1889	1047	177	16,90

Ich habe bereits früher erwähnt, dass das nach Monaten berechnete Mortalitätsprocent der wirklichen Sterblichkeit nicht entspreche und doch fällt hier der Unterschied auf. So betrug am 1. Nov. 1887 das Procent der gestorbenen Schwindsüchtigen vom Rest vom October und den im Verlaufe des Monats aufgenommenen 20,43%, 1888 25,31%, 1889 33,98%. Der Einfluss der Grippe wird aber noch deutlicher, wenn man eine andere Berechnung, nach der im Hospital von den Kranken von ihrer Aufnahme bis zu ihrem Tode verbrachten Anzahl von Tagen anstellt. Aus Tabelle № 2 sehen wir, dass der Phthisiker, wenn er stirbt, sich im Mittel 32,01 Tage im Hospitale aufgehalten hat; für 1887 betrug diese Zahl 32,7, für 1888 38,5, für 1889 26,0. Da aber im November 1889 die Zahl der Phthisiker überhaupt eine sehr grosse war und in den anderen Abtheilungen sich ihrer mehr als je befanden, so erhalten wir, wenn wir die 37, in den übrigen Abtheilungen des Hospitals befindlichen hinzuzählen, Folgendes: Die 84 im November 1889 gestorbenen Phthisiker verbrachten zusammen 1663 Tage, ein jeder einzelne 19,8 Tage in der Anstalt. Unter den im November 1889 Gestorbenen befanden sich natürlich auch solche, welche Anfangs October, selbst im September eingetreten waren, welche also nicht 30, sondern 50 und mehr Tage im Hospitale verweilt hatten. Schliessen wir nun aus unserer Berechnung die vor dem 20. Oct. gestorbenen Phthisiker aus und zählen wir die, während der Grippeepidemie im Hospitale von ihnen verbrachten Tage, so ergiebt sich für die *während dieser Zeit Aufgenommenen und Gestorbenen* ein Hospitalsaufenthalt nicht von *19,8*, sondern nur von *10,5* Tagen [4]).

der Entlassenen einigermaassen durch die Ansicht des Arztes über die Hospitalsbehandlung der Phthise, ich meinerseits bestehe auf der Entlassung, natürlich, wenn der Zustand des Kranken es erlaubt und dieser seine Heimath aufsuchen kann.

[4]) Diese Berechnung bezieht sich nur auf die Abtheilung für Schwindsüchtige.

Folglich hat sich die Zahl der Schwindsüchtigen, welche während der Grippeepidemie das Hospital aufsuchten, sowie die Zahl der Todesfälle absolut und relativ vergrössert, die Dauer des Hospitalsaufenthaltes aber verringert und zwar im November mehr als um's Dreifache. Damit ist auch die alte Ansicht, dass die, an und für sich in gewissem Grade unschuldige Grippe den Schwindsüchtigen grosse Gefahr bringe, durch Zahlen bestätigt.

Ich habe absichtlich die Zahl der während der Epidemie von der Grippe befallenen Phthisiker nicht angeführt, weil sie doch recht willkürlich ausfallen würde. Diese Krankheit wird ja bekanntlich nicht immer von Kopfschmerz, Muskelreissen und Schnupfen begleitet und fehlen nun diese Zeichen, so fragt es sich, welche Anhaltspuncte man zur Diagnose Influenza hat, wenn ein Phthisiker mit heftiger Bronchitis, hohem Fieber, allgemeiner Schwäche u. A. sich vorstellt? In solchen Fällen «fühlt» man wohl den Einfluss der Grippe, aber man wagt es nicht, eine Complication der «Pneumonia chronica» zu diagnosticiren; deshalb habe ich es vorgezogen, die allgemeine Zahl der eingetretenen Phthisiker zu meinen Schlüssen zu benutzen.

Jedenfalls würde die Berechnung nach Phthisikern, welche unzweifelhaft an der Grippe litten, nicht zu Gunsten der letzteren ausfallen; solche Phthisiker bildeten etwa die Hälfte aller Fälle. Die einen mit ausgesprochener, die anderen mit bereits abgelaufener Grippe. Dann ist die Aussage der Kranken äusserst bezeichnend: «ich war gesund, habe gearbeitet, bin ungefähr eine Woche lang krank; es schüttelte mich, der Kopf schwindelte, der Appetit schwand, der Athem wurde beschwerlich, ich wurde ganz schwach». Aus der Anamnese ergab sich, dass der Kranke wohl früher hustete, was ihn aber nicht sehr störte.

Das Krankheitsbild der mit Grippe complicirten Phthise unterscheidet sich scharf von dem gewöhnlichen. Schon bei der äusseren Besichtigung weicht der Habitus der Kranken von dem der typischen Schwindsüchtigen sehr ab; sie sind besser ernährt und würden sich noch lange nicht zur Hospitalsbehandlung gemeldet haben, wenn nicht die Grippe, oder wie sie sich ausdrücken, «die Erkältung» aufgetreten wäre. Dazu kommt Cyanose des Gesichtes und der Extremitäten, Asthma, äusserste Schwäche, hohe Temperatur (40,5—41°), in den Lungen massenhaftes Pfeifen und Rasseln, welche das etwa vorhandene Bronchialathmen übertönen; meistens weisen die während der Epidemie eintretenden Schwindsüchtigen merkwürdig geringe Zeichen der chronischen Pneumonie, wenigstens in den ersten Tagen auf. (Es wurde selbstverständlich in allen zweifelhaften Fällen auf Koch'sche Bacillen im Auswurfe gefahndet, einige Mal geschah solches bei der Section; ihre Zahl entsprach nicht immer dem Grade der Lungenerkrankung, bald war sie grösser, bald geringer, gewöhnlich aber sehr gross). Bei Complication mit Grippe und Bronchitis war dem Sputum gewöhnlich Blut beigemengt, Lungenblutungen traten häufiger als gewöhnlich auf, das auffallendste Zeichen aber war der rasche Verlauf der Phthise. Man konnte buchstäblich Tag für Tag die Ausbreitung der Lungenaffection feststellen und war es zuweilen kaum glaublich, wie rasch sie sich bei einem und demselben Kranken nach 9—10 Tagen entwickeln konnte; die Patienten schwanden augenscheinlich, wie Schnee an der Sonne. Die Einen gingen an der grossen Ausbreitung des tuberculösen Processes in der Lunge zu Grunde, die Anderen starben bei verhältnissmässig geringem Localprocesse an äusserster Schwäche und zwar oft ganz unerwartet. Man fand die noch gestern sich ganz erträglich befindenden Kranken heute nicht mehr am Leben und ergab auch die Section keine Anhaltspuncte für einen so schnellen Tod.

Solche unerwartete Todesfälle habe ich auch bei uncomplicirter Grippe gesehen und können dieselben meiner Ansicht nach nur durch Ergriffenwerden der Herzganglien erklärt werden, da ja diese Krankheit das Nervensystem

überhaupt stark afficirt; es treten ja auf: Kopfweh, bohrende Schmerzen an verschiedenen Körperstellen, Neuralgien in verschiedenen Bezirken, die Krankheit überdauernde Schwäche, welche weder der Stärke noch der Dauer der Affection entsprechen.

Unter den von mir behandelten Kranken befanden sich drei, welche kategorisch jede Lungenerkrankung vor dem Auftreten der Grippe bei ihnen ableugneten; auf die wiederholte Frage, ob sie nicht gehustet, Blut gespien hätten u. s. w. erfolgte immer die eine Antwort: ich bin von Kindesbeinen an gesund gewesen. Ihre Beschäftigung sprach auch gegen häufiges Kranksein, der eine war Schmied, der zweite Möbelträger, der dritte Wagenbauer; die beiden ersten starben im Hospital nach 25—28 Tagen an florider Phthise, der dritte verliess die Anstalt mit einer bedeutenden tuberculösen Affection der Oberlappen.

Nach Leudet gab es in Paris nach der Grippeepidemie von 1851 auffallend viel Schwindsüchtige; einige Beobachter nehmen gleichfalls einen directen Uebergang der Grippe in Schwindsucht an (cfr. Zülzer in Ziemssen's Handbuch Bd. II, Th. II), eine Annahme, welche heutzutage, bei den herrschenden Anschauungen über die beiden, nichts Gemeinsames miteinander habenden Krankheiten nicht acceptirt werden kann, doch beweisen die 3 eben mitgetheilten Fälle, dass nach abgelaufener Grippe die bis dahin latent gebliebene Tuberculose ausbrechen kann.

Welche Erklärung wäre dafür zu geben! Weshalb beobachtet man nicht nach länger dauernden und schwerer verlaufenden Krankheiten ein so rasches Auftreten der Tuberculose? Weshalb complicirt sich die Grippe so häufig mit catarrhalischer und croupöser Pneumonie und zwar merkwürdiger Weise in der Reconvalescenz, wenn der Kranke bereits von Hause geht?

Meiner Ansicht nach liegt der Grund dieser Erscheinungen in dem Umstande, dass die Grippe, nachdem sie das Nervensystem ergriffen, die besondere Eigenschaft besitzt, dass sie die Lebensenergie des Lungengewebes, sei es durch Vermittelung der Nerven oder direct, herabgesetzt. Die Tuberkelbacillen und die Pneumonie-Diplokokken sind, wenigstens bei uns in St. Petersburg überall vorhanden, wir athmen sie tagtäglich ein und erkranken deshalb relativ selten, weil die gesunden Lungenzellen einen genügenden Schutz beim Kampfe mit diesen Mikroorganismen bieten. Dieser Schutz ist garnicht so gering, wie es wohl scheinen mag, denn wie viele unter uns leiden an chronischer Bronchitis und erkranken trotzdem nicht an der Tuberculose, welche erst dann auftritt, wenn die Lebensenergie der Lungen, so zu sagen, ganz erschöpft ist; daher geht nur unter ganz ungünstigen Bedingungen die, häufig mit Peribronchitis complicirte chronische Bronchitis in Lungenschwindsucht über. Bei der Grippe liegen aber die Verhältnisse anders, ein unbedeutender Tuberkelherd, ein Häufchen irgendwo und irgendwann angesiedelter Bacillen, welche unter gewöhnlichen Bedingungen niemals ihre Anwesenheit documentirt hätten, flammen plötzlich unter dem Einflusse der Grippe auf. Die Tuberkelbacillen befreien sich von dem, sie unterdrückenden Zwange der Lebensenergie der Lungen, verbreiten sich rasch über das ganze Organ und üben widerstandslos ihre vernichtende Thätigkeit aus; begünstigt wird dieser Vorgang durch den bei der Grippe so scharf ausgesprochenen allgemeinen Kräfteverfall. Es hinterbleibt, ähnlich der Muskelschwäche, nach Ablauf der Grippe, eine verminderte Widerstandsfähigkeit des Lungengewebes den von aussen einwirkenden Krankheitserregern gegenüber. Hierin liegt, meiner Ansicht nach, der Grund zu dem so häufigen Auftreten der croupösen Pneumonie, nicht nur während der Grippe, sondern auch nach Ablauf derselben, und der vielen Fälle von Phthise.

Die Meeteragge.

Von

Dr. E. Braatz.

Oft schon hat sich baltischen Aerzten die Frage aufgedrängt, ob es nicht möglich wäre, in den Ostseeprovinzen eine gute Station für Phthisische einzurichten. Wegen der Häufigkeit der Phthise ist ein solcher Curort umsomehr ein Bedürfniss, als es nur wenigen Kranken ihre Mittel gestatten, zum Curgebrauch längere Reisen in's Ausland zu unternehmen.

Zwei Bedingungen aber dürfen bei einem solchen Orte nicht fehlen: Reine Luft und Schutz vor rauhen Winden[1]).

Die Luft an der Seeküste ist sehr rein und die Phthisissterblichkeit eine geringe (s. Finkelnburg: Congress für innere Medicin 1889); kommt nun noch der Schutz vor rauhen Winden hinzu, so dürfte ein solcher Ort vor manchem Gebirgscurort Vorzüge haben. Der Kranke ist dann nicht an die schöne Jahreszeit so gebunden, sondern kann die Vortheile des Aufenthaltes im Freien den grössten Theil des Jahres geniessen.

Nun besitzen wir an unserer Ostseeküste eine Gegend, welche in wunderbarer Weise die Bedingungen in sich vereinigt, um einen für unser nördliches Klima vorzüglichen Curort für Phthisische abzugeben.

Vier Meilen von Libau entfernt, zieht sich am Strande ein ca. $^3/_4$ Meilen langer Waldstreifen, die Meeteragge genannt, nach Süden hin. 60—80, an der höchsten Stelle 100 Fuss[2]) hohe Dünen, von einem schönen, dichten Nadelwalde bestanden, bilden gegen die rauhen Nordweststürme einen mächtigen Wall. Der Sturm mag draussen auf dem Meere noch so wüthen, kaum 500 Schritt vom Ufer ist die Luft ruhig.

Nahe bei der Niederbartau'schen Buschwächterei Meeteragge sieht man von den hohen Dünen nach Osten über die Gipfel der Bäume meilenweit in's Land hinein. Geht man von hier nach der Seeseite hin, so hat man durch den Wald über die jungen Fichten hinweg einen lieblichen Anblick auf's Meer.

Weder der Wald allein, noch die Dünen für sich würden einen so wirksamen Schutz gegen die Winde bieten können, wie sie es beide zusammen thun. Auf Querschnitten von Baumstämmen der dem Meere zunächst stehenden Baumreihe sieht man, mit einem wie gewaltigen Druck die Stürme sich Bahn zu brechen suchen: Der Kern des Baumes, sonst sein Mittelpunct, ist nahe an den Rand der Windseite gerückt, wo auch die Rinde am dicksten ist. Während die Jahresringe nach der geschützten Seite breit und saftreich sind, sind sie zum Meere hin kaum zu unterscheiden und trocken. Der Wind hat eben wie eine Centrifuge den grössten Theil des Nahrungssaftes nach der Schutzseite getrieben und ihn dadurch der anderen Seite entzogen. So wie ein kämpfendes Heer seinen Sieg dem Untergange der ersten Schlachtlinie verdankt, so fallen hier die ersten Baumreihen einer inneren Verwachsung anheim, weil sie dauernd unter dem schädlichen Einflusse starker Windströmungen stehen.

Sollte ein College einmal den Plan haben, einen Luftcurort in den Ostseeprovinzen zu gründen, so möchte ich ihm sehr empfehlen, die Meeteragge dabei nicht aus dem Auge zu lassen[3]). Ich bin der Ueberzeugung, dass sie eine für diesen Zweck selten günstige Lage hat.

Libau, den 23. October 1889.

[1]) Auf letzteren Punct wird in Luftcurorten grosses Gewicht gelegt. Häufigkeit und Intensität der Winde wird nicht selten genau registrirt. Vergl. z. B. Fr. Schmidt: Metereologisches über die Winterstationen Andermatt, Davos und St. Beatenberg. Corr.-Bl. für Schweizer Aerzte 1888.

[2]) Dieser höchste Punct ist den Schiffern wohlbekannt. Die Meeteragge mit ihrem Kiuppe Kalnis (eben diesem höchsten Puncte) soll sich auf holländischen Seekarten als die „7 Berge" verzeichnet finden.

[3]) Nähere Auskunft könnte man bei dem Oberförster des Niederbartau'schen Kronsforstes, Herrn A. von Monkiewicz, erhalten.



Referate.

Felix O. Cohn: Ueber die Einwirkung des künstlichen Magensaftes auf Essigsäure und Milchsäuregährung. (Zeitschr. f. physiol. Chemie. Bd. XIV, pag. 75).

Bis vor nicht langer Zeit galt es als feststehende Thatsache, dass die im Magensaft enthaltene Salzsäure ausschliesslich der Eiweissverdauung diene. In neuerer Zeit jedoch wurden Thatsachen bekannt, welche zu der Ansicht hindrängten, dass der Zweck der Salzsäure im Magen die Tödtung der mit den Nährstoffen eingeführten Mikroorganismen sei.

In stricter Form wurde diese Ansicht wohl zuerst von Bunge in seinem Lehrbuch der physiologischen und pathologischen Chemie ausgesprochen. Ein anderer Forscher, Rosenheim (Virch. Archiv. Bd. 111, 1888), stellte die antiseptische Wirkung der Salzsäure in Abrede.

Die bisher zur Entscheidung dieser Frage angestellten Versuche bezogen sich meist nur auf die zur Verhinderung von Fäulnissvorgängen nöthige Menge Salzsäure. Verf. hat dagegen in seiner Arbeit die Concentration des Magensaftes, die nöthig ist, um Essigsäure- und Milchsäuregährung zu verhindern, sowie die Bedingungen, unter denen der Magensaft diese Aufgabe zu lösen im Stande ist, festzustellen gesucht.

Als geeignete Nährstofflösungen benutzte Verf. für seine Versuche mit dem Mycoderma aceti eine Lösung, welche im Liter Wasser je 0,1 Grm. Chlorkalium, Chlorcalcium, Chlormagnesium und Chlornatrium; 0,2 Chlorammonium, 10 Grm. Essigsäure und 25 Grm. Alcohol enthielt. Die Nährflüssigkeit für den Bacillus acidi lactici enthielt im Liter Wasser 1 Grm. Chlorammonium, 0,2 Grm. Calciumchlorid, 0,8 Grm. Magnesiumsulfat, Dikaliumphosphat in verschiedenen Mengen und 50 Grm. Milchzucker.

Abgemessene Mengen dieser Lösungen wurden mit den betreffenden Mikroorganismen geimpft und im Brütofen 4 Tage lang einer Temperatur von 32 — 33° C. ausgesetzt, wenn die Versuche mit Mycoderma aceti angestellt wurden; im anderen Falle bei Bacillus acidi lactici 2 Tage bei 37—38° C. Die für letzteren bestimmte Nährlösung war vor der Impfung im Koch'schen Apparat bei 100° sterilisirt worden. Bei der Nährlösung für Mycoderma aceti war die Sterilisation nicht nöthig, da die vorhandene Essigsäure nur die Entwickelung der Essigmutter zuliess.

Zur Herstellung des künstlichen Magensaftes war das Pepsinum germanicum von Witte-Rostock angewandt worden.

Als Resultate seiner Untersuchungen fand nun Verf., dass Pepsin weder die Essigsäure- noch die Milchsäuregährung zu hemmen im Stande ist, vielmehr die Gährung beschleunigt, was wohl darauf beruht, dass Pepsin ein guter Stickstoffüberträger ist.

Freie Salzsäure hindert schon in einer Menge von 0,05 ‰ die Entwickelung des Mycoderma aceti. Die Milchsäuregährung wird durch soviel Salzsäure unmöglich gemacht, als nöthig ist, um die in der Lösung enthaltenen, für die Entwickelung des Bacillus acidi lactici nothwendigen Phosphate in salzsaure Salze umzusetzen; durch mehr als 0,7 ‰ Salzsäure wird die Milchsäuregährung, auch wenn noch saures phosphorsaures Kalium vorhanden ist, verhindert, vermuthlich durch die frei gewordene Phosphorsäure.

Pepsin-Salzsäure lieferte dieselben Resultate wie die reine Salzsäure.

Pepton-Salzsäure hindert die Gährung nicht, da, wie ja schon lange bekannt, die Salzsäure vom Pepton gebunden wird und dann die Fähigkeit sowohl Eiweiss zu verdauen als auch Mikroorganismen zu tödten einbüsst.

Bei Gegenwart von Phosphaten tritt die Hemmung der Essigsäuregährung erst ein, wenn die zur Hemmung erforderliche Menge Phosphorsäure 0,5 ‰—0,7 ‰ frei gemacht worden ist.

Tobien.

Prof. Köbner (Berlin): Ueber die Anwendung von Jod- und Brompräparaten per rectum zu localen (regionären) und allgemeinen Heilzwecken. (Therap. Monatsh. № 11).

Verf. wundert sich, dass, bei der so ausgedehnten Anwendung der Haloidsalze per os, die Anwendung derselben per anum so wenig Verbreitung gefunden habe und fühlt sich in Folge dessen bewogen, seine 25-jährigen Erfahrungen an Prostatikern in dieser Beziehung mitzutheilen und damit zu weiteren Versuchen Andere anzuregen.

Verf. setzt zu den Jodkalium-Suppositorien (0,25 KJ. auf 1,0 Butyr. Cacao) mit Vorliebe anstatt des häufig unangenehm wirkenden Extr. Belladonnae (0,01—0,03) Bromkalium zu gleichen Theilen hinzu. Da diese Zäpfchen nicht selten bei empfindlichen Kranken Brennen in der Schleimhaut hervorrufen, so verordnet K. kleine Klysmen von Jodkaliumlösungen mit eventuellem Zusatz von Bromkalium oder, bei langsam sich verkleinernder Prostataschwellung von reiner Jodtinctur. Er begann nach vorhergegangenem Reinigungsklystiere mit Injection von 20,0 einer Lösung von: Kal. jodat. 3,0, Kal. brom. 2,5—3,0 (Extr. Belladonn. 0,3) auf 200,0 Wasser und verstärkte allmälig den Salzgehalt des Klysmas. Reine Jodtinctur (von 3 allmälig bis zu 9—10 Tropfen pro Klysma) wird vortrefflich vertragen und wirkt vorzüglich auf die vergrösserte Prostata. Ferner hat K. diese locale Anwendung des Jodkalium bei syphilitischen Mastdarmgeschwüren mit begleitendem, hartnäckigem, reichlich secernirendem Catarrh der Rectumschleimhaut mit vielem Erfolge gebraucht (kleine Klysmata mit 0,5—1,0 KJ.). Das Jod erscheint im Harn und Speichel nach Einführung von Suppositorien mit nur 0,25 KJ. schon nach 10—20 Minuten, verschwindet nach ca. 20 Stunden, nach Einführung von 1,0 nach 28—30 Stunden und hat diese gute Resorptionsfähigkeit des Mastdarmes Verf. auf den Gedanken gebracht, Syphilitische, namentlich solche, welche nach internem Gebrauche von Jodkalium bald Jodismus bekamen, auf diesem Wege zu behandeln und hat sehr gute Erfolge davon gehabt, da die Wirkung eine auffallend schnelle war; beigefügte Krankengeschichten illustriren dieselbe sehr hübsch. Die von Behring (Sitzungsber. d. niederrhein. Gesellsch. für Natur- und Heilkunde 1888, p. 75) an einem 20-jährigen Phthisiker constatirte Besserung nach täglichen Rectalinjectionen einer 5% Jodoform-Fettlösung (0,5—1,0 Jodoform pro die) und die auf diesem Wege von ihm beobachtete raschere Aufsaugung des Jodoforms, als bei der Einführung desselben per os, bewegt K. diese Methode denjenigen vorzuschlagen, welche mit Thomann und Isidor Neumann das Jodoform gegen constitutionelle Syphilis subcutan anwenden.

Hinze.

L. Friedheim (Breslau): Zur Injectionsbehandlung der acuten Gonorrhoe. (Arch. f. Derm. und Syph. 1889, 4. Heft, Bd. XXI).

F. berichtet über die an der Klinik Prof. Neisser's systematisch unternommene Prüfung der verschiedenen Behandlungsmethoden der acuten Urethritis. Es handelt sich um nicht weniger als 704 Fälle, bei denen alle nur denkbaren Injectionsflüssigkeiten angewandt wurden. Dabei wurde von dem Gesichtspuncte ausgegangen, ein Mittel zu finden, welches die Gonokokken tödtet, das Schleimhautgewebe nicht zerstört und nicht reizend wirkt. Ferner ist Anregung der Epitheldesquamation nöthig, zur mechanischen Eliminirung der Kokken.

10%-ige *Calomel*-Suspension wirkt zu reizend, *Hydrarg. salicylicum* tödtet bei 1:270 wohl dauernd Gonokokken, reizt aber auch; dasselbe lässt sich von *Sublimat* (1:20000) sagen. *Zink-*, *Blei-* und *Tannin*präparate gaben bezüglich der Gonokokken-Tödtung absolut negative Resultate. *Bismuthum subnitricum* wirkt sehr gut secretionsherabsetzend, jedoch zu wenig antibacteriell, ist daher für acute Formen nicht brauchbar. *Kali hypermanganicum* beeinflusst die Gon. zu wenig nachhaltig. *Chloroformwasser, Jodoformöl, Kreosot-Kamillenthee* (1%) gaben unzuverlässige Resultate, ebenso *Resorcin* (2—4%), *Natr. salicyl.* (5—20%). *Creolin* wirkt in genügend antiparasitärer Lösung zu reizend. Sehr gute Resultate wurden mit *Natrium chloroborosum* (7%-ige unfiltrirte Lösung) und in gleichem % *Thallin. sulfuric.* erzielt. F. endet damit, dass *Argent. nitricum* ganz besonders als bestes Mittel zu empfehlen sei. Damit sind 318 Fälle mit Erfolg behandelt (1:2000—4000); anfangs 4—6 Mal, später 2, dann 1 Mal täglich injicirt). In den ersten Tagen wird das Secret meist eitriger und reichlicher, jedoch schon nach 4 Tagen wird es gewöhnlich dünner, spärlicher, die Gonokokken schwinden in wenigen Tagen dauernd. Selbstverständlich giebt es Fälle, wo selbst die schwächsten Lösungen nicht vertragen werden, dann muss zum Hydrarg. salicyl., Natr. chloroborosum und Thallin gegriffen werden.

Gegen die innere Behandlung mit Balsamica spricht sich F. entschieden aus. Bei jeder Behandlung muss der Erfolg durch mikroskopische Untersuchung auf Gonokokken controllirt werden.

(Ref. stimmt mit der Ansicht F.'s überein, nur hat er bezüglich des Arg. nitric. in der Praxis seine Bedenken. Um nicht stetig die Wäsche mit der Lösung zu beschmutzen und die sonst gern geheim gehaltene Cur dadurch zu verrathen, gehört Uebung und eine gewisse Intelligenz dazu, die oft nicht vorhanden).

Im Anschluss an die referirte Arbeit möchte Ref. kurz einer von Hugues in der „Semaine médicale" (1889) empfohlenen neuen Methode Erwähnung thun, um zu zeigen, dass selbst heut zu Tage in Folge Theoretisirens merkwürdige Vorschläge das Tageslicht erblicken. H. beabsichtigt auch das Epithel in den ersten Tagen der Gonorrhoe zu zerstören und schlägt dazu vor mit einem Haarwischer, wie er zum Reinigen von Cigarrenspitzen benutzt wird, die Urethra (nach Cocainisirung) auszureiben. Der Wischer kehrt mit Blut und Epithelresten bedeckt zurück. Und das sollen Patienten im ersten Stadium des Trippers ertragen!!!

Petersen.

Engel: Zur Behandlung der Lungenschwindsucht mit Kreosot. (Therap. Monatsh. № 11).

Vf. unterwirft die bekannten Cornet'schen Thierexperimente mit Tuberkelbacillen in ihrer Anwendung auf die Entstehungsweise der tuberculösen Lungenschwindsucht beim Menschen einer eingehenden Kritik, welche im Originale einzusehen ist, und kommt zu dem Schlusse, dass eine solche Uebertragung nicht statthaft sei, da die Einimpfung der Tuberculose bei Thieren immer Miliartuberculose und nicht die beim Menschen vorkommende Lungenschwindsucht erzeuge und dass nur ein den menschlichen Verhältnissen entsprechendes Experiment über die Art



der Wirksamkeit des Kreosots bei der chronischen tuberculösen Lungenschwindsucht ein entscheidendes Wort reden könne.

Hinsichtlich des Gebrauchs des Kreosots in Pillen betont Verf., dass dieselben, damit sie nicht unwirksam mit dem Stuhlgange entfernt werden, in geringer Menge (2—3 Stück) während des Essens und Trinkens und mit grossen Mengen Flüssigkeit in den Magen gelangen sollen und dass Durchfall vermieden werden muss. In einigen Fällen hat Verf. eine gute Wirkung gesehen, wenn er 60 Tropfen einer Mischung von 1,0 Kreosot und 4,0 Cognac (0,5 Kreosot pro dosi) in 1 Liter Milch gut vertheilt, brauchen und reine Milch nachtrinken liess. Hinze.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

R. Kafemann: Der Catarrh des Recessus pharyngeus medius (Bursa pharyngea — Tornwaldt'sche Krankheit), seine Bedeutung und vereinfachte chirurgische Behandlung. Wiesbaden 1889. Verlag von J. F. Bergmann.

Der erste Theil der Arbeit bezieht sich auf die Geschichte dieser Erkrankung. Dabei wird der Streit, der sich um das Wesen dieses Processes entwickelt hat, referirt. Tornwaldt, der zuerst auf diese Frage hingewiesen (Ref. d. Wochenschr. 1886, p. 271), hält sie für eine Erkrankung einer in der Norm vorkommenden Bursa pharyngea; Schwabach hat genaue anatomische Studien gemacht und überzeugend bewiesen, dass eine solche nicht existire, dass dieses nur pathologische Veränderungen der Tonsilla pharyngea seien. (Der Streit ist ganz überflüssig, da das Verdienst T.'s, diese wichtige Krankheit erkannt, beschrieben und die richtigen Maassnahmen gegen sie vorgeschlagen zu haben, ein für immer bleibendes ist und es dem Praktiker und Kliniker nicht als Verbrechen angerechnet werden kann, wenn er in der anatomischen Erklärung nicht das Rechte getroffen hat. Ref.).

Verf.'s Methode der Behandlung fusst auf der T.'schen und besteht in Auskratzung der hypertrophischen Theile mittelst eines kleinen, von ihm angegebenen Löffels und nachträglicher Aetzung mit Chromsäure oder Höllenstein. Der zweite Theil der Arbeit umfasst die Casuistik von 20 Fällen, die er in 4 Gruppen getheilt hat, von denen die erste 5 wegen Lungenleiden behandelte Recessuspatienten enthält, die zweite 4 Fälle mittheilt, bei denen in Folge völliger Unkenntniss des Sachverhalts zwecklose und eingreifende, wenn auch gutgemeinte Manipulationen stattgefunden hatten, und die leider beweisen, wie wenig bis jetzt in dem ärztlichen Vorstellungskreise im Allgemeinen die Existenz und Wichtigkeit derartiger Leiden Platz gefunden hat. Die dritte bringt 4 Cystenfälle, die vierte endlich 7 sog. Schulfälle von „Bursitis". J. F. Neumann.

L. Prochownick: Massage in der Frauenheilkunde. Hamburg und Leipzig 1890. Verlag von Leopold Voss. 8°. 176 Seiten.

Verf. weist in vorliegender Schrift nach, was er, ohne Brandt's Methode näher zu kennen und ohne Hinzunahme der Gymnastica, mit Massage in der Gynäkologie erreicht hat. Auf die Technik der von P. geübten Massage kann hier aus Mangel an Raum nicht näher eingegangen werden, erwähnen wollen wir nur, dass P. die Massage meist in Steissrückenlage auf einem frauenärztlichen Untersuchungsstuhle vornimmt, wobei der Masseur zwischen den Schenkeln der Frau zu stehen kommt. Die frauenärztliche Massage theilt Verf. in eine äussere und innere, letztere wieder in eine active und passive ein. Die äussere Massage dient zur Prüfung der Empfindlichkeit und als diagnostisches Hilfsmittel; sie besteht in einfacher Druck- und Reibungsmassage. Die verschiedenen Arten der activen inneren Massage sind: 1) Streichung (Effleurage). 2) Knetung (Pétrissage). 3) Zugdruck. 4) Dehnung (Lyftung, Hebung). Die passive, innere Massage geschieht mit Instrumenten, welche das active Verfahren zu ersetzen oder zu unterstützen geeignet sind. Nach kurzer Besprechung der Anzeigen für die Massage geht Verf. zur Schilderung der mit dieser Methode erzielten Resultate über. Die Massage der Exsudate bedarf nach Meinung des Verf. noch sorgsamer klinischer Prüfung und eignet sich deshalb noch wenig zur Einführung in die allgemeine Praxis. Ein vorzügliches Mittel ist die Massage zur Heilung der Reste und Folgezustände acuter Entzündungen des Beckenbindegewebes, sowie der als selbständige Krankheit auftretenden chronischen umschriebenen Schrumpfung desselben; sie übertrifft in solchen Fällen alle bisher zur Verfügung stehenden Arten der Behandlung. Auch bei Perimetritis chronica lassen sich mit Massage gute und dauernde Heilerfolge erzielen; bei den begleitenden Lageveränderungen der Organe erreicht man nicht immer völlige Rückkehr zur Norm, jedoch meistens Beschwerdefreiheit. Eileitergeschwülste, besonders Pyosalpinx und Tuberculose sind für Massage nicht geeignet. In einer grossen Anzahl von Rückwärtslagerungen der Gebärmutter leistet dieselbe ohne Gefahr mehr, als sämmtliche Zwangsmaassnahmen. Ueber Prolapse äussert sich Verf. folgendermaassen: „Durch Zuhilfenahme der Massage (bezw. mit Faradisation verbunden) gelingt es, die Heilaussichten für Senkungen und Vorfälle der Geschlechtsorgane wesentlich zu heben. Dieselbe wirkt am besten und schnellsten auf die durch Erschlaffung der Gewebe zurückführbaren Veränderungen; jedoch vorzugsweise bei Frauen im geschlechtsthätigen Lebensalter. Gegen die auf anderen Ursachen, besonders Scheidendammrissen beruhenden Vorfälle ist ihre Wirkung gering, ebenso im Allgemeinen bei senilen Frauen". Als Gegenanzeigen für die Massage betrachtet P. jede acute Krankheit im Bereiche der Geschlechtssphäre. Phthisis und latente Gonorrhoe sind nicht immer als Contraindicationen anzusehen, doch darf besonders bei letzterer nur mit grosser Vorsicht vorgegangen werden. Langjährige Erfahrung und möglichst objective Beurtheilung der erzielten Resultate haben auch P. zur Ueberzeugung gebracht, dass die Massage keine Heilmethode, sondern nur ein Heilmittel ist, welches in Verbindung mit anderen bewährten Mitteln unsere Leistungsfähigkeit in der Behandlung chronischer Krankheitszustände wesentlich zu erhöhen im Stande ist. — Nach solchen in letzter Zeit auch noch von anderen Autoren veröffentlichten Resultaten, erscheint der Enthusiasmus mit welchem die Massage aufgenommen worden, als nicht vollständig begründet. Weiteren sorgfältigen klinischen Beobachtungen bleibt es vorbehalten, diesem Verfahren ein bleibendes Bürgerrecht in der Gynäkologie zu sichern und es vor der Gefahr zu bewahren, eine nur vorübergehende Modesache zu werden. Dobbert.

Prof. H. Fritsch: Die Krankheiten der Frauen. Berlin 1889, 8°. 502 Seiten. Verlag von F. Wreden.

Das uns in 4. Auflage vorliegende Werk bildet den ersten Band von „Wreden's Sammlung kurzer medicinischer Lehrbücher". Dem Zwecke des Buches entsprechend, sucht Verf. den Leser durch kurze jedoch klare Schilderung mit den anormalen Lebenserscheinungen und Vorgängen des weiblichen Organismus vertraut zu machen, dabei nach Möglichkeit kritische Erörterungen und Beurtheilungen der Anschauungen anderer Autoren vermeidend. Von den neueren Behandlungsmethoden werden nur die schon erprobten und allgemein anerkannten therapeutischen Maassnahmen angeführt; so wird z. B. der Massage nur vorübergehend, der Apostoli'schen Methode garnicht Erwähnung gethan. Die für den praktischen Arzt wichtige „kleine Gynäkologie" ist in den einzelnen Abschnitten mit besonderer Vorliebe behandelt worden, während die grösseren modernen Operationen, als ein mehr den Specialisten interessirendes Gebiet, nur in den Hauptzügen geschildert werden. Eine recht eingehende Berücksichtigung haben ferner die Capitel von den Myomen und den Krankheiten der Eierstöcke erfahren. Mehrere mikroskopische Figuren und gut ausgeführte Abbildungen erleichtern wesentlich das Verständniss. Dobbert.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 17. October 1889.

1) Dr. Petersen stellt eine Patientin des städtischen Alexanderhospitals mit rechtsseitigem *Herpes zoster gangraenosus* (dorso-intercostalis) vor. Auf dem I. deutschen Dermatologen-Congresse in Prag hat Kaposi über diese, von ihm vor 15 Jahren zuerst beschriebene Affection gesprochen; ein von Doutrelepont 1888 der Deutschen Naturforscherversammlung in Köln vorgestellter Fall von „Gangraena cutis spontanea" ist gleichfalls hierher zu rechnen; in den meisten bisher bekannt gewordenen Fällen handelte es sich um Hysterische; in Russland ist diese Krankheitsform noch nicht beschrieben worden. Bei der vorgestellten Kranken besteht der Herpes erst seit einigen Tagen; sie ist im Uebrigen gesund und zeigt insbesondere keine Störungen des Nervensystems.

Dr. Kernig hat kürzlich im Obuchowhospital einen sehr ähnlichen Fall von multipler Hautgangrän am Arme bei einer Nephritischen gesehen.

2) Dr. de la Croix legt einige Zahlen betreffend die *Mortalität an Lungentuberculose* im städtischen Peter-Paulhospital vor und spricht über die von ihm geübte *combinirte Behandlung der Lungentuberculose mit Kreosot und Terpenthinöl.* Während in früheren Jahren von den mit Lungentuberculose aufgenommenen 60 bis 67% starben, ist seit dem Jahre 1886 das Mortalitätsprocent ein geringeres geworden; nämlich: 1886 — 56,04%, 1887 — 49,35%, 1888 — 53,28%. Diese Abnahme der Mortalität ist wohl u. a. dem Umstande zuzuschreiben, dass ein Theil der Tuberculösen (speciell der weiblichen Kranken) aus dem alten Hauptgebäude, in welchem bis dahin sämmtliche therapeutischen Fälle untergebracht waren, im Jahre 1886 in ein anderes, hygienisch günstigeres Gebäude übergeführt wurden; andere wichtige Maassnahmen, wie: Desinfection der Sputa, bessere Kost etc. mögen dabei auch eine wesentliche Rolle gespielt haben. Im Jahre 1888 war speciell die Mortalität unter den weiblichen im neu remontirten Gebäude untergebrachten Tuberculösen auf 43,43% gesunken, während dieselbe bei den im Hauptgebäude zurückgebliebenen tuberculösen Frauen 47,74% betrug, dagegen bei den unter den früheren Verhältnissen befindlichen männlichen Tuberculösen fast die frühere hohe Ziffer, nämlich 60,64% erreichte. Seitdem Vortr. jedoch in seiner Männerabtheilung mit Beginn dieses Jahres eine combinirte Kreosot-Terpenthinbehandlung consequent durchgeführt hat, ist unter den so behandelten



47 Tuberculösen die Sterblichkeit sogar auf 34,04% gesunken. Vortr. lässt das Kreosot mit Tinct. amara., Spir. vin. rectif. und Madeira nehmen (zu 2 Grn. pro dosi in jedem Löffel der Mixtur), beginnend mit 1 Löffel täglich, allmälig ansteigend bis 7 und 8 Löffel täglich (in manchen Fällen auch darüber, bis ʒβ Kreosot pro die). Verdauungsstörungen hat er selbst bei grossen Gaben nur selten gesehen; zuweilen konnte sogar eine Abnahme der vorher bestandenen Durchfälle beim Kreosotgebrauch constatirt werden; auch von den Nieren wurde das Kreosot stets gut vertragen. Gleichzeitig mit der Darreichung des Kreosots lässt Verf. sämmtliche Tuberculöse Terpenthin inhaliren, in der Weise, dass das Taschentuch mehrmals täglich mit Terpenthinöl getränkt und der Kranke angewiesen wird, dasselbe beständig vor Mund und Nase zu halten; diese einfachen Inhalationen behagen den Kranken meist so gut, dass sie dieselben mit grossem Fleiss ausführen, ja während des Schlafes die Nase fest in das auf das Kopfkissen gelegte Taschentuch drücken; es wird dadurch zugleich die Luft des Krankenraumes mit Terpenthindämpfen erfüllt; eine schädliche Wirkung dieser Einathmungen auf die Nieren hat Vortr. niemals gesehen. Die angegebene Behandlung äussert alsbald einen sehr günstigen Einfluss auf die Temperatur, den Husten, das Körpergewicht und das subjective Befinden der Tuberculösen; 66% *der Behandelten verliessen nach einigen Wochen das Hospital als gebessert*; *die meisten von ihnen waren während der letzten Wochen vor ihrer Entlassung fieberfrei.* (Zur Erläuterung des Gesagten zeigt Vortr. einige Temperaturcurven vor). Die Kranken fühlen die Besserung selbst so deutlich und gewinnen bald ein solches Vertrauen zur Behandlung, dass sie, wenn die Verhältnisse es ihnen gestatten, die Cur zu Hause fortsetzen, oder aber sich sofort wieder der Hospitalbehandlung unterziehen, sobald sie sich schlechter fühlen. Durch die erfreulichen bei der Tuberculose erzielten Resultate ermuthigt, hat Vortr. dieselbe Behandlungsweise auch bei anderen Lungenkrankheiten: bei putrider Bronchitis, Bronchiectasien, Lungengangrän nach croupöser Pneumonie etc. und zwar mit sehr befriedigendem Erfolge angewandt.

Dr. Kernig zieht es vor, das Kreosot in Gelatinekapseln, welche von den Kranken selbst gefüllt werden können, nehmen zu lassen. Dr. de la Croix betrachtet es als einen Vorzug der von ihm gebrauchten Mixtur, dass dieselbe von den Kranken sehr gern genommen wird und auch im Hospital einfach und schnell zu bereiten ist. Dr. v. Schroeder erinnert an die neuerdings vertretene Anschauung, nach welcher der günstige Einfluss des Kreosots bei Tuberculose auf die Wirkung desselben auf den Darm zurückgeführt werde, und richtet an den Vortr. die Frage, welchen Standpunct er bezüglich der Erklärung der Wirkung des Kreosots einnehme. Dr. de la Croix spricht die Vermuthung aus, dass das als kräftiges Antisepticum bekannte Mittel sowohl auf die in etwa vorhandenen tuberculösen Darmgeschwüren befindlichen Tuberkelbacillen direct einzuwirken im Stande sei, als auch die Zersetzungsvorgänge im Darme durch seine allgemein antiseptischen Eigenschaften günstig zu beeinflussen vermöge. In Betreff der antiseptischen Wirkung erinnert Dr. Masing an die Untersuchungen Cornet's, welche ergeben haben, dass selbst bei täglichen Gaben von ʒj Kreosot das Wachsthum der Tuberkelbacillen in den Lungen nicht merkbar gehemmt werden könne. Dr. Kernig führt die Arbeit Guttmann's an, aus welcher hervorgehe, dass das Wachsthum der Tuberkelbacillen auf Nährböden schon bei sehr geringer Concentration gehemmt werden kann. Demgegenüber betont Dr. de la Croix, dass die Ergebnisse bacteriologischer Untersuchungen nicht ohne Weiteres einen Schluss auf die Wirksamkeit eines Antisepticums im Körper gestatten, weil man es in letzterem mit ganz anderen Verhältnissen als beim Experiment im Reagenzglase zu thun hat. Der lebende Organismus ist kein todter Nährboden, auf dem die Bacillen sich bei Abwesenheit bactericider Substanzen frei entwickeln können; er besteht vielmehr aus lebenden Zellen, welche den eindringenden Bacillen von vorn herein einen Widerstand entgegensetzen und von deren Lebensfähigkeit es abhängt, ob der Organismus die Infection überwindet oder nicht. Wo wir nicht in der Lage sind, die Infectionsträger direct zu tödten, wird es daher stets unsere Aufgabe sein, den Organismus in jenem Kampfe mit dem Krankheitsgifte zu unterstützen, wozu schon jene Concentration eines Antisepticums genügt, welche die weitere Entwickelung der vorhandenen Bacterien zu verhindern im Stande ist. Dasselbe gilt auch von den in der Chirurgie gebräuchlichen Antisepticis; keines derselben wird in so concentrirter Form und mit so langer Einwirkungsdauer angewandt, dass dadurch alle etwa in die Wunde gelangenden Bacillen resp. Kokken getödtet würden; das Ziel der antiseptischen Wundbehandlung aber ist, die Bedingungen der Wundheilung so zu gestalten, dass die Infectionskeime keinen geeigneten Boden für ihre Entwickelung finden und das lebende Gewebe seinerseits sie bewältigt. Prof. Tiling schliesst sich dieser Auffassung von der Bedeutung der Antiseptica in der Chirurgie vollkommen an. Dr. Masing vermisst in den mitgetheilten Krankengeschichten Angaben über den Bacillengehalt der Sputa. Dr. de la Croix hat in seinen Hospitalfällen dem Bacillenbefunde keine grosse Bedeutung beigelegt, weil die Beobachtungsdauer meist eine kurze (durchschnittlich 36 Tage), und daher eine wesentliche Veränderung in dieser Hinsicht, oder gar ein Schwinden der Bacillen während dieser Zeit durchaus nicht zu erwarten war; er hat sich damit begnügen müssen, die Kranken als gebessert zu entlassen, in der Ueberzeugung, dass dieselben bei dem Fortgebrauche dieses Mittels auch dauernde Heilung finden können. Dr. Kernig erwähnt bei dieser Gelegenheit einiger Fälle sowohl aus der privaten wie aus der Hospitalpraxis, in denen bei lange fortgesetztem Kreosotgebrauch die Tuberkelbacillen ganz oder fast ganz aus dem Sputum schwanden; das sei mehr, als man von anderen therapeutischen Curen allein, ohne Zuhilfenahme klimatischer und anderer Vortheile, zu erwarten geneigt wäre; ein solcher Erfolg sei besonders überraschend im Hospital, wo leider thatsächlich manche nicht tuberculöse Kranke gerade Tuberkelbacillen acquiriren! Die letztere Thatsache, an der nicht mehr gezweifelt werden kann, und zu deren Bekräftigung von Dr. Kernig, Dr. Hinze, Dr. de la Croix u. a. Anwesenden Beispiele angeführt werden, macht die Absonderung der Tuberculösen von den anderen Kranken im Hospital zu einer brennenden Frage. Dr. de la Croix ist der Meinung, dass eine wirksame Abhilfe in dieser Hinsicht nur geschafft werden kann, wenn besondere Tuberculose-Hospitäler errichtet werden. Dr. Masing weist darauf hin, dass durch sorgfältige Pflege der Tuberculösen und gewissenhafte Desinfection ihrer Sputa auch ohne Isolirung gewiss viel erreicht werden kann, wogegen Dr. Kernig auf die Schwierigkeiten aufmerksam macht, denen man in der Ausführung solcher Maassregeln sowohl bei Schwerkranken, als auch bei ungebildeten und ungelehrigen Patienten begegnet.

3) Dr. chem. Biel (Gast) zeigt einige *neue Präparate* vor: 1) synthetisch dargestellte Carbolsäure; 2) Antrophore mit verschiedenen Medicamenten (Resorcin, Tannin etc.); 3) Chloralamid.

Secretär: Dr. E. Blessig.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Wie schon Andere, hat auch H. Möser (Hamburg) keinen Erfolg bei *Behandlung der Lungentuberculose mit dem Weigert-schen Heissluftapparat* gehabt (20 Pat.); bei vorgeschrittenen Fällen (Cavernen) konnte er sogar eine Verschlimmerung durch rapideres Sinken der Kräfte constatiren. Dagegen beobachtete er eine günstige Einwirkung dieser Behandlungsmethode auf tuberculöse Ulcerationen des Larynx und der Trachea (auch syphilitische) die sich in verhältnissmässig kurzer Zeit verkleinerten und sogar völlig heilten, während vorher alle Mittel (auch 20 bis 40% Milchsäure und 20—50% ölige Menthollösung) ohne Erfolg geblieben waren. — Einen ganz vorzüglichen Erfolg sah M. von dieser Behandlungsmethode in einem Falle von Bronchiectasie und Bronchitis foetida bei einem 7jähr. Knaben; der unerträgliche Geruch schwand in 14 Tagen; nach 6 Wochen nur noch spärliche klingende Rasselgeräusche über der bronchiect. Höhle.

(Berl. klin. Wochenschr. № 52.)

— Loebisch und v. Rokitanski haben nach der von Baumann und v. Udransky angegebenen Methode *bronchiektatisches Sputum* untersucht und gefunden, dass sich in demselben *Cadaverin und ein zweites noch nicht näher bestimmbares Diamin* finden. Sie empfehlen jene Methode zur Untersuchung aller pathologischen Secrete auf Diamine. (Centrbl. f. kl. Med. № 1.)

— In einer vorläufigen Mittheilung berichtet R. Thoma (Dorpat) über *eigenartige parasitäre Organismen in den Epithelzellen der Carcinome.* Dieselben sind einzellig, 4—15 Mm. gross, stark lichtbrechend, rundlich und bestehen aus Protoplasma und Kern, zuweilen mit Kernkörperchen. Sie färben sich mit den gebräuchlichen Färbungsmitteln. T. hält sie für parasitär. Sie finden sich beim Carcinom des Menschen (Rectum, Magen, Mamma) häufig in den Epithelkernen, welche sich verändern, blasenförmig, hohl werden und ihre Färbbarkeit fast ganz verlieren. Die Beziehung dieser Parasiten zur Aetiologie des Carcinoms lässt T. noch unentschieden. (Fortsch. d. M. — Cbl. f. kl. M. № 2.)

— Bianchi theilt sehr gute im Laufe von 6 Jahren erhaltene Erfolge seiner *antiseptischen Behandlung der Variola* mit: von 96 Kranken (42 leichte, 39 schwere, 15 schwerste Fälle) starb 1 an complicirender Pneumonie, die vor Beginn der Behandlung bereits eingesetzt hatte. — Die Behandlung besteht in Bädern (5% Borsäure), antiseptischen Abwaschungen (1‰ Sublimat 1 bis 4 Mal und ausserdem 5% Borsäure 1—4 Mal täglich), wonach Einsalbung des ganzen Körpers oder der befallenen Partie mit 1 bis 5% Jodoformvaseline (5% besonders im Stadium der Ulceration) stattfindet; schädliche Wirkung der Einsalbung durch Behinderung der Hautfunctionen oder Resorption des Jodoforms wurden nie beobachtet. Ferner Sterilisirung der Kleidungsstücke, des Bettes und der Umgebung der Kranken, welche zwischen antisept. Laken liegen; das Bett ist durch antiseptische Schleier geschützt.

Die bacterioskop. Untersuchung zeigt, dass durch diese Behandlung die Fernhaltung eitererregender Organismen von den pustulösen Eruptionen der Haut gelingt und Secundärinfectionen verhütet werden können. Der Ablauf der Eruptionsperiode wird erleichtert, die Fieberbewegungen werden gemindert, Complicationen und Nachkrankheiten verhütet, die Reconvalescenz wird



XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,

St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 6 St. Petersburg, 10. (22.) Februar **1890**

Zur Behandlung von Diphtheritis und Croup [1]).

Von

L. F. Brunner (Weymarn).

Gegenwärtig, wo die Anschauungen über das Wesen der Diphtheritis und des Croup noch immer nicht vollkommen präcisirt sind, ist es kaum möglich etwas Neues über die therapeutischen Methoden bei Behandlung dieser Krankheiten zu sagen und ich bezwecke dieses auch keineswegs. Ich möchte nur einerseits die Aufmerksamkeit der Collegen auf einige Schattenseiten der modernen Behandlungsweise dieser pathologischen Processe hinlenken und andererseits die Beobachtungen und Schlüsse notiren, zu denen ich in meiner mannigfaltigen Stadt- und Landpraxis bei Begegnung mit Diphtheritis und Croup Gelegenheit hatte.

Ohne mich bei dem historischen Gange der Entwickelung der Diphtheritis- und Croupthherapie aufzuhalten, beginne ich gleich mit der gegenwärtig üblichen Behandlung dieser Processe und muss hinsichtlich derselben von vorneherein bemerken, dass meiner Meinung nach die Aerzte, so zu sagen hingerissen von der Evidenz der localen Affection des Rachens, bei ihren therapeutischen, hauptsächlich gegen diese locale Erkrankung gerichteten Eingriffen einerseits den Regeln der Antiseptik folgen, andererseits die allgemein sanctionirten Regeln der Chirurgie und der Lister-schen Methode vergessen und in Folge dessen den Kranken mehr Schaden als Nutzen bringen.

In der That, verfolgen wir, um das Gesagte zu beweisen, die therapeutischen Eingriffe, die wir gegenwärtig z. B. bei einem an Rachendiphtheritis leidenden Kranken anwenden, so sehen wir, dass sofort nach Constatirung eines derartigen Processes vor allen Dingen eine locale Behandlung eingeleitet wird und zwar wird dem Kranken verordnet:

1) Möglichst häufiges (allstündliches) Gurgeln von Mund und Rachen.

2) Zweistündliche (zuweilen auch öfter) Pinselungen des Rachens mit einem der antiseptischen (antibacteriellen) Mittel.

3) Einspritzungen verschiedener medicamentöser Lösungen in Mund-, Rachen- und Nasenhöhle.

4) Verschiedene Antiseptica werden zweistündlich innerlich gereicht und

5) häufige Gaben von Excitantien und Roborantien verordnet.

Dieses sind im Allgemeinen die Methoden, welche, selbstverständlich mit verschiedenen Modificationen je nach Art der Erkrankung und den subjectiven Ansichten des Arztes, in unserer, wie bekannt, vorwiegend pädiatrischen Praxis gebräuchlich sind.

In wie weit alle localen Mittel in Form von Pinselungen, Einspritzungen, Gurgelwässern etc. in Wirklichkeit Nutzen bringen, hat leider jeder praktische Arzt vielfach erfahren; zur genaueren Orientirung über den relativen Werth der localen Mittel empfehlen wir die schöne Zusammenstellung von Dr. Lunin (cfr. diese Wochenschrift 1885, № 6—9).

Die Frage nach dem grösseren oder geringeren Werthe dieses oder jenes bei Diphtheritis local applicirten Mittels unberührt lassend und uns dessen wohl bewusst, dass keines der empfohlenen Mittel (Ferr. sesquichlorat., Kali hypermang., Resorcin, Sublimat, Terpenthin, Brom, Chinolin, Carbolsäure etc.) als Specificum betrachtet werden kann, erlaube ich mir nur daran zu erinnern, dass, abgesehen von dem zweifelhaften Nutzen der localen Mittel, die Ausführung des oben angeführten Paradigmas der Diphtheritistherapie nur möglich ist bei besonders günstigen Verhältnissen, und zwar bei beständiger Aufsicht des Arztes und mit einem gut geschulten, erfahrenen Pflegepersonal. Wie viele Collegen aber wirken unter solchen Verhältnissen? Wo kann der freiprakticirende Arzt, und zumal der Landarzt, verlangen, dass die Mutter des kranken Kindes an demselben die Pinselungen des Rachens vornehme? Jeder, der selbst die Pinselungen an Kindern vom zartesten Säuglinge bis zu einem mehr vorgerückten Alter ausgeführt, weiss wie schwierig diese Manipulation ist und wie viel dabei Uebung, Gewandtheit und Verständniss dessen, was mit den Pinselungen bezweckt wird, nöthig ist.

Es ist in der That seltsam und inconsequent, dass wir einerseits in der Therapie der Rachendiphtheritis dem Lister'schen antiseptischen Princip huldigen, andererseits, ohne Bedenken einem Feldscher, einer Wärterin oder der Mutter die Pinselungen des kleinen Patienten überlassen und noch dazu mit, die ohnedieses schon stark entzündete Rachenschleimhaut, stark reizenden Mitteln. Wie ist diese

[1]) Obgleich diese Mittheilung bereits 1887 russisch erschienen, als Beilage zum „Medicinalbericht des Kaiserlichen St. Petersburger Findelhauses für 1884/85", so stehen wir doch wegen des Interesses, den die besprochene Frage für den praktischen Arzt, besonders auf dem Lande, hat, nicht an, diesen Artikel durch Uebersetzung weiteren Kreisen zugänglich zu machen. Die Red.



Handlungsweise mit der Lister'schen (chirurgischen) Regel über Ruhe des entzündeten Theiles in Einklang zu bringen?

Man wird mir entgegnen: ich vergesse, dass wir mit den medicamentösen Lösungen, mit denen wir die diphtheritischen Beläge pinseln, die Diphtheritis-Mikroben zu tödten, die Beläge zu zerstören und somit die Schleimhaut zu reinigen bezwecken. Ich habe aber schon oben bemerkt, dass eine vieljährige Erfahrung uns schon längst von dem Hypothetischen und der Unwirksamkeit und Nutzlosigkeit aller medicamentösen Pinselungen, über die wir verfügen, überzeugt hat. Ferner wird jegliche Entzündung, durch welches ätiologische Moment sie auch veranlasst sei, unvermeidlich durch mechanische Reizung verstärkt und verbreitet sich weiter auf die angrenzenden gesunden Theile; endlich verliert das Kind im Kampfe während der Pinselungen (alle 2 Stunden!) eine Menge der Kräfte, deren der Organismus zum Kampfe mit der allgemeinen Infection so benöthigt ist. Diese Facta sind zweifellos.

Auf Grund des Gesagten fragt es sich: weshalb die Aerzte, obgleich überzeugt von der Nutzlosigkeit der localen Therapie, nicht von der einmal eingeschlagenen Richtung lassen können? Sollte man nicht ohne diese häufigen Pinselungen auskommen können? Und was wird resultiren, wenn wir uns vollständig von dieser beständigen Reizung (Pinselung) des localen Processes lossagen? Wenn ich mir oftmals alle diese Fragen noch während meines Aufenthaltes in St. Petersburg (während der ziemlich heftigen Diphtheritisepidemie von 1883), also in Mitten einer gebildeten und in medicinischer Hinsicht mehr erfahrenen Bevölkerung, vorgelegt habe, so war ich nach meiner Uebersiedelung in die Provinz und fast ausschliesslich unter der Landbevölkerung wirkend, auf Grund des Gesagten schon definitiv gezwungen von jeglichen zweistündlichen Pinselungen des Rachens, Einspritzungen etc., mit einem Worte, von jeder localen antidiphtheritischen Therapie abzustehen.

Somit nöthigten mich die oben erwähnten Fragen und Beobachtungen zu einer, folgenden Anforderungen entsprechenden Therapie der Diphtheritis und des Croup zu greifen:

1) Local — eine möglichst rasche Reinigung des Rachens, des Larynx, der Nasenhöhle u. s. w.

2) Gleichzeitig mit der localen Wirkung Hervorrufung einer allgemeinen Reaction des Organismus (analog den kalten Einwickelungen mit darauf folgendem Schweisse).

3) Befolgung des Gesetzes der allgemeinen Ruhe der entzündeten Theile (Vermeidung einer mechanischen oder chemischen Reizung der Schleimhaut).

4) Vermeidung jeglicher Beschwerden für die Kranken, d. h. eines Widerstandes von Seiten derselben und der daraus resultirenden Schwächung, wie wir das bei den Pinselungen des Rachens der Kinder beobachten.

5) Anwendbarkeit der Therapie unter jeglichen Verhältnissen und ohne eine besondere Gewandtheit und Schulung des Pflegepersonals zu erfordern.

Allen diesen Anforderungen glaubte ich durch Anwendung gewöhnlicher Wasserdämpfe zu genügen, nicht nur in Form von Inhalationen durch Mund und Nase, sondern in Form allgemeiner Dampfbäder, welche, wie weiter unten erörtert, unter jeglichen Verhältnissen leicht herzustellen sind. Vom theoretischen Standpuncte wurde ich dabei durch folgende Argumentation geleitet (cf. Oertel: Diphtherie. Ziemssen. Bd. II. 1): Durch die Einathmung heisser Dämpfe wird die Temperatur der Mundhöhle erhöht und in Folge dessen die durch den diphtheritischen Process hervorgerufene entzündliche Reaction der Schleimhaut bis zu einer ergiebigen Proliferation von Eiterkörperchen gesteigert, so dass sich an allen von der Diphtheritis befallenen Stellen der Schleimhaut, namentlich aber unter den schon deutlich wahrnehmbaren diphtheritischen Membranen eine aus Eiterkörperchen bestehende Demarcationsschicht bildet, durch welche die Abstossung der Membranen bedingt wird. Die auf die Oberfläche der Schleimhaut austretenden Eiterkörperchen reissen die Mikrokokken mit sich fort und befördern dieselben an die Oberfläche der Schleimhaut. Ferner ruft die Dampfeinathmung (und die durch dieselbe bedingte Erhöhung der Temperatur in der Mundhöhle) eine Schwellung und Auflockerung der dichten Diphtheritismembranen hervor, wodurch wiederum die Abstossung der letzteren beschleunigt wird. Die durch die Dampfinhalationen vermehrte Schleimsecretion in der Mundhöhle muss gleichfalls sowohl die Abstossung der Membranen, als auch den Austritt der Mikrokokken an die Schleimhautoberfläche befördern. Endlich wird durch die Dämpfe eine reichliche Schweissabsonderung von der Oberfläche des ganzen Körpers hervorgerufen, und dadurch eine allgemeine Reaction des Organismus bedingt, welche sich in dem Abfall der Temperatur in Folge der erhöhten Wärmeabgabe kundgiebt.

Wie oben erwähnt, unter der Landbevölkerung wirkend, war ich gezwungen zu einer sehr primitiven, schon früher von mir oftmals bei Behandlung von Nephritis angewandten Methode der Entwickelung von Dämpfen zu greifen und zwar erhielt ich dieselben durch Besprengen heisser Steine, z. B. Ziegel, mit Wasser. Zu diesem Zwecke werden 4—6 Ziegel in einem beliebigen Ofen bis zur Rothgluth erhitzt und ein Theil (2—3) der heissen Steine zur Dampfentwickelung benutzt, der andere Theil weiter geglüht, um die erkalteten Steine durch heisse zu ersetzen und die Dampfentwickelung beliebig lange ohne Unterbrechung zu unterhalten. Sodann wird der auf seinem Bette oder irgend einem anderen Lager (dessen Boden jedoch wenigstens 10 Werschok [= 45 Ctm.] vom Fussboden entfernt sein muss) liegende Kranke mit einer Wolldecke oder einem anderen Zeuge verhängt, das um so tauglicher ist, je dichter es ist, d. h. je weniger leicht es die sich entwickelnden Dämpfe durchlässt[1]).

Zu diesem Zwecke gebrauchte ich in meinem Lazarethe die gewöhnlichen Tuchdecken, in den Bauernhütten bald Pelze, bald mehrfach zusammengelegte leinene Betttücher u. s. w. Bei Verhängung der Kranken muss die Regel befolgt werden, dass die Wände des um den Kranken zu bildenden Raumes (den wir Kürze halber als Zelt bezeichnen wollen) sich in einer Entfernung von $^1/_2$—$^3/_4$ Arschin [= 35 bis 50 Ctm.] vom Pat. zu befinden haben, so dass letzterer innerhalb eines Raumes liegt, der von allen Seiten durch für die Dämpfe schwer durchgängige $^1/_2$—$^3/_4$ Arschin vom Kranken entfernte Wände begrenzt wird; nach unten wird dieser Raum durch den Fussboden abgeschlossen. Je mehr die Wände des Zeltes dem Kranken genähert werden, desto rascher und intensiver wird offenbar der Zeltraum mit Dämpfen gesättigt und desto rascher somit eine Einwirkung der Dämpfe auf den Kranken erzielt. Die Decken oder das Zeug, aus welchem Decke und Wände des Zeltes gebildet werden, werden über dem Kranken entweder über eine Stange geworfen, welche auf dem gewöhnlich erhöhten Kopf- und Fussende des Bettes aufliegt, oder es werden, wenn Patient auf einer gewöhnlichen Bank liegt, an den 4 Ecken der letzteren Stäbe befestigt, deren obere Enden mit einander zusammentreffen und auf diese Weise einen Rahmen bilden, welcher den Decken zum Halt dient; auch kann man zu diesem Zwecke bogenförmig quer über das Bett des Kranken Reifen hinüberspannen, nach Art der in der chirurgischen Praxis zum Schutze verletzter Körpertheile vor dem Drucke der Bettdecke gebräuchlichen. Steht das Bett des Kranken längs einer Zimmerwand, so kann letztere die eine Wand des Zeltes bilden; die zur Bildung des Zeltes benutzte Bettdecke wird dann an der Wand befestigt und geht von hier unter spitzem Winkel über das Bett bis zum Fussboden. Selbstverständlich darf die Bettdecke, welche die

[1]) Ich glaube, dass ein für Wasserdämpfe vollkommen impermeables Zeug, z. B. Wachsleinwand, zu diesem Zwecke nicht taugen würde, da durch dasselbe jegliche Bewegung der Dämpfe und somit auch der ganzen Luft verhindert, d. h. jede Ventilation innerhalb des vom Zeuge eingeschlossenen Raumes aufgehoben werden würde.



Wand des Zeltes bildet. nicht den Seitenwänden des Bettes fest anliegen. sondern wenigstens eine Handbreit von letzteren abstehen. um den Dämpfen von unterhalb des Bettes freien Zutritt zu dem Raume. in welchem sich der Kranke befindet. zu gewähren. Bei Herstellung des Zeltes. etwa aus Bettdecken. sind dieselben so zu befestigen. dass eines der unteren. dem Fussboden angrenzenden Enden derselben leicht emporgehoben werden kann. um bequemen Zutritt zu dem Raume unterhalb des Bettes zu haben. Nach Herstellung des Zeltes bringen wir die glühenden Ziegel auf einem Eisenbleche oder irgend einer anderen feuerfesten Unterlage unter das Bett des Kranken und schreiten zur Entwickelung der Dämpfe. ohne den Kranken zu incommodiren. welcher ruhig auf seinem Bette liegt. etwa in Nachtwäsche gekleidet und unter seiner Decke. oder wenn wir es mit einem Säuglinge zu thun haben. so lassen wir denselben in seinen Windeln. Sodann bringen wir eine Hand in den Raum unter dem Bette und beginnen die heissen Ziegel mit Wasser (ʒß—ʒiß) zu begiessen. Je nach Erhitzung und Grösse der Ziegel sind dieselben etwa alle 3—5 Minuten zu besprengen. um rasch das ganze Zelt mit Dampf zu füllen. Haben wir dies erreicht. so wird eine seltenere Besprengung der Ziegel nöthig. je nach dem mehr oder weniger raschen Verschwinden der Dämpfe und ihrer Abkühlung. Dadurch. dass die das Zelt bildende Bettdecke von Zeit zu Zeit gelüftet wird. um die Ziegel zu besprengen, wird der Zeltraum genügend ventilirt.

Je häufiger die Steine besprengt werden. desto rascher tritt die Wirkung der Dämpfe auf den Kranken zu Tage. welche sich vor Allem in einer reichlichen. grössten Theils nach 5—10 Minuten eintretenden Schweissabsonderung äussert. so dass die Haut ihren Calor mordax verliert und sich feucht anfühlt. Sobald der Zeltraum mit Dämpfen gesättigt ist (gewöhnlich ist dies nach einer $^{1}/_{2}$-stündigen Besprengung der Ziegel erreicht). werden die Ziegel immer seltener besprengt und zwar nur so oft als erforderlich. um die Sättigung der Zeltluft mit Dämpfen und die Schweissabsonderung beim Kranken zu unterhalten [3]).

Je nach der Individualität des Falles wird das Dampfbad 2 bis 12 Stunden fortgesetzt. mit $^{1}/_{2}$-stündlichen Pausen alle 2 Stunden (wobei der Kopf des Kranken von dem Zelte befreit wird. während der Körper im Zelte bleibend fortfährt zu schwitzen [4]). Will man eine grössere. etwa 2- bis 3-stündliche Pause machen. so wird natürlich die nasse Wäsche des Kranken. damit sie nicht auf seinem Körper trockene. gewechselt. Auch in diesem Falle ist es unmöglich zu bestimmen. wie viel Stunden Patient die Dämpfe inhaliren und schwitzen muss; ich befolgte im Allgemeinen die Regel den Kranken desto länger unter Einwirkung der Dämpfe zu lassen. je schwerer der Fall und je grösser die Athemnoth. So habe ich in gewissen Fällen den Kranken je 2 Stunden lang in der mit Dampf gesättigten Atmosphäre liegen lassen. mit 1- bis 2-stündlichen Pausen: in anderen Fällen aber blieb Patient in dieser Athmosphäre 12 Stunden mit einigen $^{1}/_{2}$- bis 1-stündlichen Intervallen. Wie leicht Kinder selbst im zartesten Alter (cf. den Fall Eugenie Jakowlew. 7 Mon. alt) derartige Dampfbäder vertragen. werden wir aus den weiter mitgetheilten Krankengeschichten ersehen.

Was den Puls des Kranken während des Dampfbades betrifft. so konnte ich nur eine geringe Beschleunigung (um 10 bis 15 Schläge in der Minute). jedoch ohne die geringste Abschwächung des Pulses, constatiren. Die Athemfrequenz wird im Anfange etwas grösser. sinkt aber darauf. wahrscheinlich in Folge des erleichterten Zutrittes der Luft zu den Lungen.

Bei der Anwendung der Dämpfe in der Croup- und Diphtheritistherapie fiel mir eine Erscheinung hauptsächlich auf. dass nämlich die Kranken — ich habe namentlich Kinder im Auge — in Folge dessen. dass man sie während der Dampfbäder im Wesentlichen nicht berührt. nicht mit ihnen. so zu sagen. ringt (wie das bei den Einpinselungen der Fall ist). nicht in jenen Zustand von Nervosität und vollständiger Prostration gerathen. wie wir es so oft nach den häufigen Einpinselungen beobachten. Ich muss hier noch bemerken. dass ich fast in allen mit Dampfbädern behandelten Fällen innerlich Excitantien. namentlich Cognac. verordnete. Die Nahrung war die bei schweren Patienten (mit mehr oder weniger hohem Fieber) gebräuchliche: Milch. Bouillon. Weissbrod. Eier etc.

Zur Beschreibung der unter meiner persönlichen Aufsicht auf oben beschriebene Art behandelten. freilich nicht zahlreichen Fälle von Diphtheritis und Croup übergehend. die ich als Argument für den Nutzen dieser Behandlungsmethode anführe. muss ich gestehen. dass die Beschreibung meiner 13 Fälle eine in klinischem Sinne nicht vollständige ist. So klein dabei auch meine Ziffer ist. so zeigen doch schon diese wenigen Fälle. wie die Dampfbäder selbst von den kleinsten Patienten vertragen werden (dass namentlich kein Collaps. wie bei einigen unserer Diaphoretica. zu befürchten ist) und zweitens genügen schon diese Fälle. um die Aufmerksamkeit der Collegen. welche über ein grösseres Material verfügen und unter in klinischer Hinsicht günstigeren Verhältnissen wirken. auf die beschriebene Behandlungsmethode der Diphtheritis und des Croup zu lenken. welche wesentlich von der bis jetzt bei diesen Krankheiten gebräuchlichen Therapie differirt. Um Missverständnisse und Ungenauigkeiten in der Diagnose zu vermeiden. will ich hier noch bemerken. dass ich nur solche Fälle anführe. wo ein deutlicher diphtheritischer Belag im Rachen im Vereine mit einer Schwellung der Halsdrüsen und der Parotiden und einer mehr oder weniger erhöhten Temperatur keinen Zweifel über die Art der Erkrankung aufkommen liess. So z. B. sind alle zu derselben Zeit in meinem Lazarethe behandelten Fälle von Rachenerkrankung bei Seite gelassen, wo der Belag im Rachen zur Diagnose Diphtheritis» aufforderte. jedoch die übrigen Symptome dieses Processes. z. B. die Drüsenschwellung. fehlten. Der grösste Theil dieser Fälle ist von mir gleichfalls mit Dampfbädern behandelt worden. im Krankenverzeichniss jedoch als Angina catarrhalis. follicularis etc. registrirt. weshalb ich sie hier. wo von der Behandlung der Diphtheritis und des Croup die Rede ist. auch nicht anführe.

Ich bringe die 13 Fälle in chronologischer Reihenfolge. wie sie im Krankenverzeichniss notirt sind:

1) Eugenie Jakowlewa, Zögling des Findelhauses v. J. 1883. № 8198. 7 Mon. alt, aufgenommen in's Lazareth am 13. Juni 84 mit allen Symptomen eines schweren Croup: an der hinteren Pharynxwand ein weisser, dichter Belag, Crouphusten, starke Athemnoth: aufgenommen am 3. Tage der Erkrankung: der allgemeine Ernährungszustand ein genügender; Puls voll, beschleunigt. Die Respiration war so behindert (das Kind lag mit nach hinten übergeworfenem Kopfe). dass ich an Tracheotomie dachte, jedoch noch vorher einen Versuch mit dem Dampfbade machen wollte. Ich placirte das Kind in eine unserer Lazarethwiegen [5]), baute über demselben aus einer Tuchdecke ein Zelt. brachte unter das

---

[3]) Selbstverständlich ist es unmöglich genau zu bestimmen, wie lange die unaufhörliche (alle 5 Minuten) Besprengung der glühenden Steine fortgesetzt werden muss, um oben erwähnte Resultate zu erzielen. Es ist dies abhängig: 1) von der Individualität des Kranken. 2) von der Temperatur des Zimmers. in dem die Dämpfe entwickelt werden und 3) von der Durchlässigkeit der Zeltwände für Wasserdämpfe.

[4]) Die Befreiung des Kopfes von dem Zelte (während der Pause) wird. ohne den ganzen, in Schweiss gebadeten Körper loszudecken, erreicht. indem man das bis zum Fussboden reichende Kopfende der das Zelt bildenden Bettdecke über den Kopf des Kranken hinwegschiebt; selbstverständlich muss dabei für eine erneuerte Verhängung des Raumes unter dem Bette am Kopfende gesorgt werden. damit der Körper des Kranken wieder in einem abgeschlossenen Raume liege.

[5]) Es sind dies eiserne Bettchen. 18 Werschok (= 80 Ctm.) lang und $^{1}/_{2}$ Arschin breit, deren Boden $^{3}/_{4}$ Arschin vom Fussboden entfernt ist. Am Kopf- und Fussende befinden sich 2 eiserne Bögen. welche $^{1}/_{2}$ Arschin vom Boden des Bettes abstehen. Das Zelt wird erhalten. indem man beide Bögen durch eine Stange verbindet und über letztere eine bis zum Fussboden reichende Tuchdecke hängt.



Bett erhitzte Ziegel und begann die Dampfentwickelung. Etwa nach 10 Minuten war das Kind in Schweiss gebadet. Es verblieb 12 Stunden unter dem Zelt, wobei nur 2stündlich das Köpfchen des Kindes auf $^1/_2$—1 Stunde befreit wurde, der übrige Körper jedoch im Zelt blieb[6]). Dabei liess ich die Amme dem Kinde die Brust reichen, indem sie ohne das Zelt zu öffnen und eine Lüftung der hängenden Bettdecke vermeidend sich mit dem Oberkörper in den verhängten Raum hineinschob. Im Anfange konnte das Kind wegen Behinderung der Athmung und des Schluckens nicht saugen und gelang ihm dies erst nach 14 Stunden[7]). Am 2. Tage nach der Aufnahme war die Respiration schon bedeutend freier, das Kind überhaupt ruhiger, so dass die Dampfbäder von 1 Stunde Dauer mit 1stündlichen Pausen und jedes Mal nach dem Schwitzen die Wäsche des Kindes gewechselt wurde. Am Ende des 3. Tages nach der Aufnahme nahm das Kind die Brust, athmete so frei und der Rachen war so weit gereinigt, dass ich jede Gefahr für beseitigt hielt. Vom 4. Tage an wurde das Kind 5 Mal täglich je 20 Minuten lang der Wirkung der Dämpfe ausgesetzt. Am 8. Tage war keine Spur der Larynx- und Rachenaffection mehr vorhanden: das Kind verblieb noch 8 Tage im Lazareth einer leichten Bronchitis wegen, die wahrscheinlich noch vor der Aufnahme bestanden, da die Amme noch bei der Aufnahme angab, dass das Kind schon einige Tage huste. Dieser Fall ist hauptsächlich interessant in der Hinsicht, dass, die Dämpfe ausgenommen, buchstäblich nichts weiter verordnet wurde. Das Kind lebt und ist bis jetzt gesund.

2) Natalie Ssemenowa, Zögling des Findelhauses, 9 J. alt. Status präsens bei der Aufnahme ins Hospital am 13. Juli 84: Diphtheritischer Belag auf dem weichen Gaumen, der Uvula und der hinteren Pharynxwand; Athmung durch die Nase äusserst erschwert; Lymphdrüsen geschwollen; mittlerer Grad der allgemeinen Entwickelung und des Ernährungszustandes; leichter Sopor. — Therapie: Die ersten 3 Tage wurden die Dampfbäder 2 bis 3 Stunden lang gemacht mit nachfolgender 2stündlicher Pause, sodann wieder Dämpfe entwickelt u. s. w. Vom 4. Tage an, wo eine deutliche Reinigung des Rachens begann, bis zum 10. Tage, wo letztere eine vollständige war, wurden die Dampfbäder 3 Mal täglich 2 Stunden lang gegeben. Diese Kranke erhielt ausserdem noch Acid. muriat. dilut. in Mixtur und Wein. In Folge der langsamen Abschwellung der Lymphdrüsen verliess das Kind das Lazareth erst am 24. Tage nach der Aufnahme vollkommen gesund.

3) Elisabeth Alexandrowna, 3jährig, aufgenommen am 2. Juli 84. Diphtheritis des Rachens und der Nasenhöhle; Lymphdrüsen geschwollen; laute Respiration. Therapie: Dämpfe wie im vorhergehenden Falle. Der grossen Schwäche und Apathie wegen im Anfange (4—5 Tage) innerlich Liq. Ammon. anis. — Verliess gesund das Lazareth am 19. Tage.

4) Anna Wladimirowna, 5 J. alt, aufgenommen am 4. October 1884. Dieser Fall ist darin interessant, dass von den 4 im Laufe einer Woche in demselben Hause erkrankten Kindern 3 starben, davon eines schon auf dem Wege, als man es zusammen mit der Anna Wlad. in's Lazareth bringen wollte. Stat. präs. bei der Aufnahme: Ernährungszustand und Entwickelung mangelhaft. Der ganze Rachen mit diphtheritischem Belage. Beiderseitige starke Schwellung der Parotiden und der Submaxillardrüsen. Temp. 40,2. In beiden Nasenhälften gleichfalls diphtheritische Membranen, starker gangränöser Geruch bei der Exspiration. Calor mordax der Haut. Therapie: Anwendung der Dämpfe wie in Fall 1. Mit Beginn einer deutlichen Reinigung des Rachens wurden zuerst die Pausen zwischen den Dampfbädern vergrössert, sodann auch die Dauer der letzteren abgekürzt. Aber selbst nach der vollständigen Reinigung des Rachens und der Nase (am 14. Tage) wurden die Dampfbäder noch mehrere Tage (mehrmals täglich je 10 Minuten) fortgesetzt. Das Kind verliess gesund am 22. Tage das Lazareth.

5) Iwan Pawlow, 3 Mon. alt, aufgenommen am 27. October 1884. Rachendiphtheritis; behinderte Respiration; kann fast gar nicht durch die Nase athmen, so dass das Saugen erschwert ist. Unzweifelhafter Fall von Diphtheritis, da die eigenen Kinder der Amme auch krank waren und einige von ihnen an Diphtheritis starben. Anwendung der Dämpfe wie in Fall 1. Am 7. Tage, wo Rachen und Nase vollkommen rein waren, verliess das Kind wegen häuslicher Verhältnisse seiner Amme das Lazareth.

6) Wassili Michailow, 10 Mon. alt, aufgenommen am 6. October 1885, 4 Tage nach der Erkrankung an Croup (wie sich später zeigte) des Rachens und des Larynx. Starb 7—8 Stunden nach der Aufnahme in's Lazareth. Die Dämpfe wurden ohne jeglichen Nutzen angewandt. Schweiss konnte nicht hervorgerufen werden, was sich offenbar dadurch erklärt, dass das Kind bei der Aufnahme höchst cyanotisch war, d. h. alle Zeichen der beginnenden CO_2-Vergiftung darbot.

7) Maria Iwanowa, 16 J. alt: Körperbau, Entwickelung und Ernährungszustand gut. Aufgenommen den 11. November 1885, 4 Tage nach der Erkrankung an Diphtheritis des Rachens, der Nasenhöhlen und der Ohren. Drüsen stark geschwellt; laute Respiration; bedeutende Somnolenz; Foetor gangränosus ex ore. Verordnet: 4 Mal täglich ein 2 stündliches Dampfbad mit nachfolgendem Schwitzen. Diese Kranke lag in einem Zelt[8]) mit dem folgenden Kranken.

8) Nikita Sergejew, 3 J. alt, aufgenommen den 12. November 1885 am 12. Tage der Erkrankung: der ganze Rachen und die Nasenhöhle mit gangränösen diphtheritischen Membranen bedeckt; Respiration sehr erschwert; das Kind ist sehr entkräftet, apathisch, ziemlich bedeutender Sopor. Ausser den Dampfbädern wurde dem Kinde Liq. Ammon. anis. und Cognac verordnet. Nach einigen Dampfbädern sank die Temperatur (bei der Aufnahme 39,5) um 1°, zu einer intensiveren Schweissabsonderung kam es jedoch nicht. Zum Abend des ersten Tages wurde die Respiration ruhiger, aus der Nase floss reichlich eine seröse Flüssigkeit, die Kräfte des Kranken stellten sich jedoch nicht wieder her und er verschied am anderen Tage (nach einem Aufenthalte im Lazarethe von weniger als 2 Tagen) unter den Zeichen von Septicämie.

9) Grigori Alexandrow, $6^1/_2$ J. alt, aus derselben Familie wie Sergejew. Rachendiphtheritis: kleine Membranen auf Uvula und Velum palati, bedeutende Schwellung der Drüsen und namentlich der linken Parotis. Temperatur 39°. Nach 2 Tage lang fortgesetzten Dampfbädern (4 Mal täglich je 2 Stunden) ist das Schlucken freier und der Rachen fast ganz rein. Incision in die linke, fluctuirende Parotis, wobei sich ℥j Eiter entleert. Temper. normal. Pat. wird in ein anderes freies Zimmer übergeführt, wo die Dampfbäder nicht erneuert werden; Pat. erhält eine Lösung von Acid. boricum zum Gurgeln, der Verband der stark eiternden Parotis wird täglich gewechselt. Am 16. Tage nach der Aufnahme verlässt Pat. gesund das Lazareth.

10) Wassili Wassiljew, 7 J. alt, aufgenommen am 11. November 1885, am 6. Tage der Erkrankung, aus einem Dorfe mit beiden vorhergehenden Kranken. Stat. präs. bei der Aufnahme: Erbsengrosse diphtheritische Beläge auf Uvula und hinterer Pharynxwand; Drüsenschwellung. Diesem Kranken wurde weiter nichts, als nur Acid. boricum zum Gurgeln verordnet und er verliess am 19. Tage gesund das Lazareth[9]).

Die übrigen 3 Fälle, in denen ich die Dämpfe wie in oben erwähnten Beispielen angewandt habe, stammen aus meiner Privatpraxis. Ich erwähne diese 3 Fälle (eine 20j. Frau und 2 Kinder von 4 und 2 J.), weil ich sie von Anfang bis zu Ende beobachtet habe.

In allen 3 Fällen handelte es sich um ausgesprochene Rachendiphtheritis mit Drüsenschwellung u. s. w. und war der Ausgang Genesung.

Ich muss noch bemerken, dass ich die Beschreibung meiner Fälle, auch derjenigen, welche in meinem Lazarethe zur Beobachtung kamen, durchaus nicht für vollständig in klinischem Sinne halte. So z. B. konnte ich nicht genaue Tabellen der Temperatur vor und nach den Dampfbädern beibringen, ebenso auch keine genauen Angaben für jeden einzelnen Fall über Puls und Respiration bei der Dampfbehandlung. Ferner wäre es interessant Untersuchungen über die allgemeine Metamorphose im Organismus unter dem Einflusse der Dämpfe vorzunehmen (Harnanalyse!). Endlich konnte ich nicht constatiren, nach wie vielen Dampfbädern und von welcher Dauer die Schleimhaut sich zu reinigen beginnt u. s. w. Alle diese Fragen müssen einer rein klinischen Bearbeitung der Frage über die Behandlung von Diphtheritis und Croup mit Wasserdämpfen unterliegen, wozu es mir bisher sowohl an Zeit, als auch an hinreichendem Krankenmateriale fehlte. Ferner muss ich noch einmal bemerken, dass ich die von mir vorgeschlagene Behandlung von Diphtheritis und Croup durchaus nicht für

[6]) Den Kopf des Kindes befreite ich von Zeit zu Zeit, um so zu sagen die Lungen desselben zu ventiliren.

[7]) Wenn es nöthig war, während des Dampfbades die Wäsche des Kindes (z. B. nach einer Defäcation) zu wechseln, so geschah dies gleichfalls ohne das Zelt zu öffnen.

[8]) Das gemeinschaftliche Zelt war auf folgende Weise hergestellt: das Bett der Marie Iw. stand in einer Ecke des Zimmers und neben ihrem Bett, $^1/_2$ Arschin entfernt, das des Nikita Serg., so dass die beiden in der Ecke zusammenstossenden Wände des Zimmers 2 Wände des Zeltes bildeten; die beiden übrigen Wände und das Dach des Zeltes wurden durch Tuchdecken gebildet, welche einerseits an den beiden Zimmerwänden, andererseits an Stangen befestigt waren, welche den Dachrahmen des Zeltes bildeten und ihrerseits durch 2 die Betten um 1 Arschin überragende Stangen getragen wurden.

[9]) Ich führe diesen Fall an (obgleich die Dämpfe nicht angewandt worden waren) wegen des Fehlens jeglicher localen Therapie.



etwas Neues halte: Die Inhalation von Wasserdämpfen ist schon längst von vielen Aerzten proponirt und angewandt worden und ist es nur die vollständige Enthaltung von einer jeglichen localen Therapie des Rachens (bei Behandlung von Diphtheritis und Croup) einerseits, und die Anwendung des Dampfes andererseits, sowohl local auf die Schleimhaut, als auch auf den ganzen Organismus, was ich als überall anwendbar und leicht durchzuführende therapeutische Methode vorschlage und der Aufmerksamkeit der Collegen empfehlen möchte.

Referate.

R. Schäffer: Ueber den antiseptischen Werth der Essigsäure in der Geburtshilfe. (Berl. klin. Wschenschr. № 3).

In Anlass des von Battlehner gemachten, auf Fr. Engelmann's Untersuchungen sich stützenden Vorschlages, die Essigsäure resp. den gebräuchlichen Essig als Antisepticum, anstatt der Carbolsäure, in der Geburtshilfe zu benutzen, stellte S. Untersuchungen über die antiseptische Wirksamkeit der Essigsäure an. Die Resultate der gleichen Untersuchungen von Engelmann bezweifelte er, weil derselbe mit Bacteriengemischen (fauligen Flüssigkeiten) gearbeitet und weil damals die von Geppert in seiner Arbeit über die Antiseptica (Berl. klin. Woch. 1889, № 36 und 37) geltend gemachten Bedenken gegen die üblichen Prüfungsversuche der Antiseptica noch nicht bekannt waren. Geppert hatte den Nachweis geliefert, dass das Nichtangehen von Culturen von Milzbrandsporen nach Behandlung mit Sublimat bedingt sein kann durch Hinüberbringen des Antisepticums auf den Nährboden und gezeigt, dass nach Neutralisirung des Sublimats durch Schwefelammonium Milzbrandsporen, welche mehrere bis 24 Std. in 1°/₀₀ Sublimat gelegen, noch lebensfähig und infectiös seien, während dieselben nach den früheren Koch'schen Versuchen in wenigen Minuten abgetödtet sein sollten. Daraus ergiebt sich die Nothwendigkeit auch die übrigen Antiseptica in dieser Weise zu prüfen.

S. hat diese Prüfung betreffs der Essigsäure und der Carbolsäure vorgenommen. Erstere ist leicht zu neutralisiren durch eine schwach alkalische Lösung; das gebildete essigsaure Na und Ka wirken nicht desinficirend und sind in Wasser leicht löslich, können also den zum Versuche benutzten inficirten Seidenfaden nicht mechanisch einhüllen. Die Carbolsäure gelang es nicht zu neutralisiren (ohne andere Fehlerquellen zu setzen), sie liess sich aber leicht aus dem Seidenfaden mittelst lauwarmen Wassers auswaschen (Beweis: mangelnde Reaction mit Liq. ferri und mit Bromwasser). Auf diese Weise wurden Versuche mit Reinculturen von Milzbrandsporen, als Prototyp einer ziemlich widerstandsfähigen Pilzform, und mit dem in der Geburtshilfe besonders wichtigen Staphylokokkus aureus angestellt.

Betreffs der Milzbrandsporen ergaben die Versuche, dass 33% Lösung von Acid. acet. glaciale dieselben in 20 Minuten tödtet, 11% Lösung erst nach 24 Std. eine Abschwächung des Wachsthums hervoruft; 5,5% Lösung verlangsamt dasselbe nach 17—19 Tagen, tödtet die Sporen erst nach 20 Tagen. 5% Carbolsäurelösung verlangsamt das Wachsthum nach 20 Std., tödtet die Sporen nach 36 Std. (diese Resultate gleich denen von Koch), wirkt also etwa 15 Mal stärker als 5% Essigsäurelösung. Der Staphylokokkus aureus wurde durch 11% Essigsäurelösung in 20 Min. nicht beeinflusst, wenn man den Seidenfaden dann neutralisirte, während ohne Neutralisation nach 30 Min. keine Culturen mehr wuchsen. Die für die Praxis empfohlene 5% Essigsäure sterilisirte den Seidenfaden erst nach 7 Std., 3% Carbolsäure dagegen schon in 2 Min. (5% Carbolsäure schon in 1 Min.). — Danach kann die Essigsäure die Carbolsäure als Antisepticum nicht ersetzen und ist überhaupt in der Geburtshilfe nicht empfehlenswerth, wenn man bedenkt, dass die Berieselung mit derselben auf blutenden, die Säure stetig neutralisirenden Flächen stattfindet; der Essig im Hause ist ausserdem oft stark mit Pilzen durchsetzt, also eher direct schädlich. Schröder.

Knoblauch: Ueber Sulfonalwirkung. (Therap. Monatsh. № 11).

Das Resultat der Beobachtungen, welche Verf. in der Heidelberger psychiatrischen Klinik mit dem Mittel gemacht und in einem Vortrage in der Section für Neurologie und Psychiatrie der 62. Naturforscherversammlung dargestellt hat, lässt sich in folgenden Sätzen zusammenfassen: Abgesehen von den Intoxicationserscheinungen — Taumeln, Parese der Extremitäten, Zähneknirschen und Sprachbehinderung, Schwindel, unbestimmbares Elendigkeitsgefühl, selbst Erbrechen und Durchfall — zeigt sich häufig, auch nach einmaliger, kleiner Dosis eine protrahirte unangenehme Schlafwirkung am nächsten Tage. Der Eintritt der hypnotischen Wirkung des Sulfonals verzögert sich häufig und lässt sich nicht mit Sicherheit voraussagen. Die zur Ergänzung andauernden Schlafes erforderliche Gabe schwankt bei verschiedenen Individuen und bei derselben Person zu verschiedenen Zeiten sehr beträchtlich und treten Vergiftungserscheinungen zuweilen bei noch nicht hypnotischen Gaben auf.

Das Sulfonal hat bei Geisteskranken keinen wesentlichen Vorzug vor anderen bewährten Schlafmitteln, dagegen leicht sehr unangenehme Nebenwirkungen und wird sich wohl nicht lange halten können. Hinze.

XV. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Strassburg vom 14.—17. September 1889. Originalbericht von Dr. Stich (Nürnberg). II. Gegenstand der Tagesordnung: Verhütung der Tuberculose. (Münch. Med. W. № 43, 1889).

Die Schlusssätze des Referenten Prof. Dr. Heller (Kiel) lauten: „1) Die Tuberculose ist die wichtigste Krankheit in volkswirthschaftlicher Beziehung durch die hohe Sterblichkeit, durch die grosse materielle Schädigung während der langen Krankheitsdauer und durch die grosse Ansteckungsgefahr für Andere. 2) Die Hauptquellen für die Entstehung der Tuberculose sind: der Auswurf tuberculöser Menschen, die Milch tuberculöser Thiere. 3) Die dagegen zu ergreifenden Maassregeln sind: a) Anzeige- und Desinfectionspflicht bei Sterbefällen tuberculöser Menschen; b) Anzeigepflicht der Rindertuberculose und thierärztliche Ueberwachung und Desinfection der Stallungen; c) Vorkehrungen zur Beseitigung des Auswurfs in allen öffentlichen, und soweit dies möglich, privaten, dem Menschenverkehr dienenden Gebäuden, besonders Schulen, Verkehrsanstalten, Gefängnissen, Krankenhäusern u. s. w.“. Dr. Dettweiler-Falkenstein zeigt sein bekanntes, tragbares Spuckfläschchen vor und empfiehlt dringend seine allgemeine Anwendung. Dr. Cornet erlässt folgende Warnung an alle Hustenkranken: „Die verheerendste Krankheit des Menschengeschlechts ist die Schwindsucht (Tuberculose). Ein Siebentel aller Menschen fällt ihr zum Opfer. In Deutschland allein sterben jährlich daran nahezu 150,000 Menschen. Diese Krankheit wird, wie man jetzt weiss, durch die Einathmung eines Krankheitskeimes, eines sog. Bacillus erzeugt. Sie ist ansteckend, d. h. sie kann von einem Menschen auf den anderen übertragen werden. Aber nicht die ausgeathmete Luft, nicht die Ausdünstung solcher Kranken ist etwa gefährlich, wie man bisher glaubte, sondern die Ansteckung findet in der Regel durch den Auswurf statt und zwar nach den neuesten Untersuchungen insbesondere dadurch, dass der Auswurf von den Brustkranken auf den Fussboden oder in's Taschentuch gespuckt wird, wo er dann trocknet und verstäubt und der eine oder der andere von den darin enthaltenen zahlreichen Keimen von gesunden Menschen eingeathmet wird. Auf ähnliche Weise können auch noch manche andere Krankheiten z. B. Diphtherie, Lungenentzündungen, manche Catarrhe übertragen werden. Durch Vertrocknen ihres Auswurfes bringen Brustkranke nicht nur ihre Umgebung, sondern auch sich selbst in die grösste Gefahr, weil sie zumeist ihre ausgeworfenen und vertrockneten Bacillen wieder einathmen und auf diese Weise bisher gesunde Theile ihrer Lunge anstecken. Solche Ansteckungen sind aber zu vermeiden, wenn die Brustkranken, wenn diejenigen, welche überhaupt an Auswurf leiden, diesen Auswurf stets feucht halten, wenn sie denselben nicht auf den Boden oder in's Taschentuch, sondern in ein Spuckgefäss spucken, das in den Abort entleert wird. Ueberall also, wo es nöthig erscheint, überall in geschlossenen Räumlichkeiten, wo Menschen verkehren, müssen Spucknäpfe aufgestellt werden, die am besten nicht mit Sand oder Sägespähnen gefüllt werden, sondern ganz leer bleiben, oder in welche man sehr wenig Wasser giesst. Sie sollen sowohl in jedem Zimmer, als auch in den Arbeits- und Fabrikräumen, in Bureaus, Schulen, Amtsstuben, öffentlichen Localen, in Corridoren und Treppenhäusern, in reichlicher Menge vorhanden sein, um Jedermann Gelegenheit zu geben, obige Vorschriften zu beobachten. Auf diese Weise werden Gesunde, welche sich mit Schwindsüchtigen in einem Raume aufhalten müssen, fast sicher vor Ansteckung geschützt. Gedruckte Anschläge in den Fabriken und Werkstätten etc. sollen auf's strengste verbieten, daselbst auf den Boden oder in's Taschentuch zu spucken. Auf der Strasse, wo das Bodenspucken fast unvermeidbar ist, vermindern gewisse andere Umstände die Ansteckungsgefahr. Jeder Mensch entleere seinen Auswurf also selbst bei einfachen Hustenkrankheiten nicht auf den Fussboden, nicht in's Taschentuch, sondern stets in ein Spuckgefäss“. Bei strenger Beobachtung dieser Vorschriften ist der Schwindsüchtige auch für seine nächste Umgebung fast ungefährlich und ist, umsomehr als die Bacillen ausserhalb des Körpers nur etwa ½ Jahr leben können, zu hoffen, dass bei Befolgung dieser Regel von Seite der Kranken die Schwindsucht im Allgemeinen abnehmen wird“. Prof. Wyss-Zürich betont, dass die Beschaffung guter, nicht tuberculöser Milch ausserordentlich wichtig gegen die Tuberculose sei; leider seien auch die besten Alpenkühe nicht immer tuberkelfrei.

Die Versammlung fasst folgende Resolution: „Der deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege nimmt mit Dank von den Vorträgen des Herrn Prof. Heller über die Verhütung der Tuberculose Kenntniss und hofft von der Verbreitung der in diesem Vortrage und durch die Verhandlungen angeführten Thatsachen über Entstehung und Verhütung der Tuberculose, dass



die Erkenntniss von der Nothwendigkeit der Beachtung und Einführung der vorgeschlagenen Maassregeln mehr und mehr bei Behörden und Privaten Eingang findet. Mobitz.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. W. D. Miller: Die Mikroorganismen der Mundhöhle. Die örtlichen und allgemeinen Erkrankungen, welche durch dieselben hervorgerufen werden. Mit 112 Abbildungen im Texte und einer chromolithographischen Tafel. Leipzig 1890. Verlag von Georg Thieme.

Verf. hat sein Werk in 2 Abschnitte getheilt. Im ersten, allgemeinen Theile findet sich für den der Bacteriologie Unkundigen zuerst ein „kurzer Umriss der Morphologie und Biologie der niederen Pilze" mit anschaulichen Zeichnungen, weiter eine eingehende Besprechung der „Lebensäusserungen der Pilze", der Gährung, Fäulniss etc., dann werden im nächsten Capitel „die im Munde vorhandenen Nährstoffe für Bacterien" in compendiöser Form behandelt. Darauf folgt „die Entwickelung der Lehre von den Mikroorganismen der Mundhöhle" und das Capitel „die Mundpilze als Gährungserreger", dem sich die Besprechung der Zahncaries naturgemäss, als der Folge der Gährungsvorgänge, anschliesst. Nachdem die bestehenden Theorien über das Wesen der Zahncaries einzeln durchgenommen, kritisch beleuchtet und widerlegt werden, geht Verf. zu seinen Beobachtungen der chemischen und mikroskopischen Veränderungen bei der Caries über, die nach ihm in einem Kalkverluste durch Säurebildung in Folge obenerwähnter Gährungsprocesse und nachträglicher Mikroorganismeneinwanderung besteht. Diesem Kapitel schliesst sich das über Prophylaxe der Zahncaries an.

Im 2. Abschnitte werden „die pathogenen Mundpilze und die durch dieselben erzeugten Erkrankungen" beschrieben; ausgehend von der Toxicität des gemischten Mundspeichels, die bewiesenermaassen auf dem Vorhandensein pathogener Mikroorganismen beruht, wird die Lehre über diese Mikroorganismen (nicht züchtbare und züchtbare) eingehend behandelt. Darauf folgt die Besprechung der durch sie hervorgerufenen Erkrankungen, welche nach den Eingangspforten für die Mikroorganismen in 6 Hauptgruppen getheilt werden: 1) „Infectionen bei Unterbrechung der Continuität der Mundschleimhaut (Verletzungen, Zahnextractionen etc.). Sie führen entweder zu örtlichen oder zu allgemeinen Krankheitserscheinungen" (eine Reihe von Krankengeschichten). 2) „Infectionen auf dem Wege der gangränösen Zahnpulpa. Sie führen meist zu Abscessbildung an der Infectionsstelle, nicht selten auch zu secundären, septicämischen und pyämischen Processen mit tödtlichem Ausgange" (Casuistik). 3) „Störungen, bedingt durch Resorption der von den Pilzen gebildeten giftigen Stoffwechselproducte". 4) „Lungenleiden, verursacht durch die bei heftiger Inspiration mit dem Luftstrom hinabgeführten Mundpilze". 5) „Uebermässige Gährungsvorgänge und anderweitige Beschwerden im Verdauungstractus, verursacht durch das fortwährende Herunterschlucken von Pilzmassen und deren giftiger Produkte aus dem verunreinigten Munde" (höchst interessante Versuche über Magenverdauung, Gasentwickelung etc.). 6) „Infectionen der unverletzten, in ihrer Widerstandsfähigkeit durch erschöpfende Krankheiten, mechanische Reize etc. herabgesetzten Weichtheile der Mund- und Rachenhöhle". Hierher gehören und werden eingehend behandelt: a) beschränkte Eiterungsprocesse am Zahnfleischrande; b) Abscessbildung in Folge erschwerten Durchbruchs der Weisheitszähne; c) die Pyorrhoea alveolaris; d) die Stomatomycosis sarcinica; e) die Mycosis (Pharyngomycosis) tonsillaris benigna; f) d. Stomacace; g) sämmtliche mit Eiterung und Abscessbildung einhergehende Stomatitiden; h) die durch den Sprosspilz Saccharomyces albicans verursachte Soorkrankheit. Hieran schliesst sich 7) die Infection durch Ansammlung der Erreger der Diphtherie, des Typhus, der Syphilis etc., auch des Actinomyces in der Mundhöhle an.

Wie aus dieser kurzen Inhaltsangabe zu ersehen, ist dieses reichhaltige und fleissige Werk (219 Nummern im Litteraturverzeichniss), ursprünglich für den gebildeten Zahnarzt geschrieben, weit aus diesem Rahmen getreten, und hat Verf. dem praktischen Arzte entschieden mehr, als „nur interessantes Material über die pathogene Wirkung der Mundpilze geboten". Das Werk wird sich unter ihnen wegen seiner Reichhaltigkeit und Gediegenheit recht viele Freunde erwerben.

Druck und Ausstattung sind musterhaft. J. F. Neumann.

F. Siebenmann: Die Schimmelmycosen des menschlichen Ohres. Medicinisch-botanische Studien auf Grund experimenteller Untersuchungen. Wiesbaden 1889. Verlag von J. F. Bergmann.

Im ersten Abschnitte des Buches, Botanik der Aspergillen und Eurotien, giebt Verf. zuerst eine genaue morphologische Beschreibung der im äussern Gehörgange die bekannte Mycose bildenden Pilze und entwickelt darauf deren Biologie auf Grundlage von bisher bekannten Angaben der Autoren und eigener genauer Untersuchungen und Experimente.

Im Abschnitte II. die Otomycosis aspergillina, finden wir eine eingehende Monographie dieser Mycose. Ausführliche Literaturangabe, fremde und eigene Beobachtungen (13 Krankengeschichten), pathologische Anatomie, Symptome und Verlauf, Diagnose, Therapie und Prophylaxe finden wir in diesem Theile. Daran schliessen sich im 3. Abschnitte weitere 53 Beobachtungen, nebst deren statistischer Bearbeitung und Epikrise, die ausser Bestätigung schon bekannter Resultate „einige neue Beiträge" liefert, unter anderem die Beobachtung über das Vorkommen von Schimmelpilzen im Ohre, die früher nicht beobachtet waren.

Das nähere Eingehen auf das Detail verbietet sich, weil es als zu speciell nicht in den Rahmen der Zeitschrift passt, andererseits für den praktischen Arzt auch weniger Werth hat. Wer sich für diese Frage interessirt, sie studiren oder sich in ihr orientiren will, dem wird das mit einem Sachregister und Literaturverzeichniss ausgestattete Werk ein guter Führer sein.

Druck und Ausstattung, darunter 4 hübsche Tafeln, sind sehr gut. J. F. Neumann.

Correspondenz aus Jalta.

Der December ist in diesem Jahre ganz aussserordentlich warm und windstill, so dass wir bis jetzt nur wenige Tage mit einem an 0 streifenden Minimum zu verzeichnen haben; dafür aber ist die Zahl der Sonnentage ein wenig geringer wie das Mittel der letzten zwei Decennien. Die Influenza hat auch uns heimgesucht, doch glücklicher Weise nur in ganz zarter Weise; beim Auftreten der Pandemie fürchtete man schon eine Massenerkrankung, da in den ersten zwei Wochen über 300 Fälle notirt waren, die sich übrigens auf die in Massandra arbeitenden Tagelöhner hauptsächlich vertheilten, doch in der 3. Woche wurden die Erkrankungsfälle recht selten. Anfangs hatte man es mehr mit der rein nervösen Form zu thun, doch bald stellten sich auch Fälle der catarrhalischen und gastrischen Grippe ein, wobei in mehreren Fällen catarrhalische und sogar croupöse Pneumonie constatirt werden konnte. Sonst ist die Mortalität eine recht mässige. Die klimatologische Section beschäftigt sich immer noch mit Ausarbeitung der verschiedenen Fragen, welche die Disciplin der Lungenschwindsucht behandeln. Dr. Dmitriew proponirt folgende Gruppirung der Schwindsuchtfälle:

I. Bacillitis Kochii. 1) Bacillitis acuta. a) Bacillitis meningea; b) Bacillitis acuta (Tuberculosis miliaris); c) Bacillitis subacuta careosa; d) Bacillitis subacuta benigna. *2) Bacillitis chronica.* a) Pleuropneumonia bac. (Empyema et Pyopneumothorax); b) Pneumonia bacil. repens (Pneumonia catarrhalis); c) Pneumonia bacil. hämorrhag. periodica (Pneumonia interstit.); d) Pneumonia bacil. bronchopneumonica (Bronchopneum. inveterata, Bronchorrhoea); e) Pneum. bacil. lymphatica, — adenitica (osteomyelitica, astmatica), — ulcerosa (laryngea, Tabes mesaraica); f) Bacillitis cutanea (Lupus). *II. Phthisis pulmonum non bacillaris.* 1) Phthisis luetica, 2) Phthisis parasitica (Echinokokkus, Actinomycosis).

Die Definitionen dieser verschiedenen Gruppen werden im Verlauf des laufenden Jahres nach dem gesammelten Material des gesammten Collegiums präcisirt und die Resultate dem 4. Congress russischer Aerzte mitgetheilt werden.

In der letzten allgemeinen Sitzung (9. December) hielt Dr. F. Weber einen Vortrag über die diesjährige Influenzaepidemie und theilte bei der Gelegenheit die gesammelten geschichtlichen Data über dieselbe mit, worauf er einen Vergleich zwischen dem Verlauf der Krankheit in diesem Jahre in St. Petersburg und in Jalta entwarf. In Jalta war beim Beginn der kleinen Epidemie anfangs die rein nervöse Form aufgetreten, der sich bald einige Fälle der gastrischen Grippe beigesellten und erst nach Ablauf des ersten sozusagen acuten Anpralls entwickelte sich die catarrhalische Form; hier war der Ausgang in catarrhalische Pneumonie und in einigen Fällen sogar Complication mit croupöser Pneumonie verzeichnet.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Einen hochgradigen *Prolapsus uteri* bei einer 48jährigen Frau hat Terrier durch die Laparotomie und Befestigung der Gebärmutter an der vorderen Bauchwand geheilt. Das parietale Blatt wurde mit dem peritonealen Ueberzug des Uterus durch die Naht vereinigt. Die Heilung (Stand der Portio 10 Ctm. über dem Introitus vaginae) blieb eine dauernde.

(The Lancet. — Berl. kl. W.)

— *Behandlung der Gonorrhoe mittelst Seewassers.* O'Brien (Dover) hat in seinem Hospital 32 männliche Tripperkranke mit erwärmtem unverdünntem Seewasser Injectionen machen lassen. Die durchschnittliche Dauer der Behandlung bis zur Heilung betrug nur 8,87 Tage. Nur in 1 Fall trat ein Recidiv ein. Die Einspritzungen wurden täglich 7—8 Mal vorgenommen.

(Brit. med. J. — Berl. kl. W.)

— Durch Versuche an Gesunden hat Kast (ärztl. Verein zu Hamburg, 9. April) gefunden, dass bei längerer Dauer der Ausschaltung des Magensaftes durch reichliche Zufuhr von Alkalien die Darmfäulniss sich steigerte, als deren Maass das Verhältniss der Aetherschwefelsäure im Harn zur Sulfatsäure festgehalten wurde. — In diesem Ergebniss sieht K. eine Stütze für die von Bunge vertretene Anschauung, dass in der *antiseptischen Leistung der Salzsäure des Magens* der wesentliche Zweck derselben



zu suchen sei und dass dem gegenüber ihre Rolle bei der Verdauung wahrscheinlich eine untergeordnete sei.

(D. med. Woch. № 49. 1889.)

— Aus einer Arbeit des Prof. Anagnostakis (Athen) über die *antiseptische Methode bei den alten Griechen* geht hervor, dass schon Hippokrates und Galenus dieselbe mit vollem Verständniss übten. Sie wussten, dass Verunreinigung der Wunde die Heilung hemmt; dass Wunden durch gründliche Blutstillung, durch Naht und Gebrauch von antiseptischen Mitteln aseptisch gehalten werden müssen. Ziel dieser Methode war, Sepsis und Vereiterung zu vermeiden. (Nach Hippokrates müsste man Aposepsis, nicht Antisepsis sagen.) Das Wasser wurde vor seinem Gebrauch bei Wunden gekocht; Schwämme wurden nicht gebraucht, sondern Charpie. Reinlichkeit wurde als das wichtigste Princip für die Heilung anerkannt. Die hauptsächlichsten antiseptischen Mittel waren; 1) *Wein*, gewöhnlich erwärmt, zum Abwaschen und als Umschlag, Myrthenwein gegen Fluor albus und Otorrhoe empfohlen; 2) *Salz*, in Lösung oder als Meerwasser, vor dem Gebrauch gekocht; 3) *Kupfer*, besonders als Schwefelkupfer; 4) *Pech*, auf die Wunde oder das Verbandzeug; bes. gepriesen; 5) viele *aromatische* und *bittere Mittel* (Smyrna, Thymus, Harz, Asphalt etc.); 6) *Glüheisen*. (D. med. Woch. № 49. 1889.)

— *Entkalkten und aseptisch gehaltenen Knochen* wendet N. Seun (Ass. J. of med. Sc. September) zur Heilung von Knochenwunden an. Er legt frische Schienbeine vom Ochsen nach Entfernung des Markes in verdünnte Salzsäure, nachdem sie in 2 Zoll lange Stückchen zersägt worden sind, wechselt die Salzsäure häufig. Dann wird der Knochen in 1 Millimeter dünne Schnittchen zerlegt, in verdünnter Lauge ausgewaschen und zuerst in 2°/₀₀ alkoholischer Sublimatlösung, dann in 5°/₀ Carbolwasser desinficirt. Man kann dann mit diesen Knochenstückchen z. B. Wunden des Schädeldaches mit Knochendefect sehr rasch zur vollkommenen Heilung bringen. (Prag. med. Wochenschr.)

— Nach A. Ganswindt (Pharmac. Centralbl. № 36) beruht die Abnahme des *Sublimatgehaltes in der Sublimatwatte* auf dem Umstande, dass Watte wie jede Cellulose mit den Metallsalzen Verbindungen eingeht, in welchen die Metallnatur verschwindet. Deshalb empfiehlt G. *statt der Watte das Flachs-Vorgespinnst*, welches annähernd der Baumwollwatte entsprechen würde. Dieses Leinen-Vorgespinnst, von den Spinnfetten durch Abkochen mit Seife und Behandlung mit Ammoniak befreit, würde ein weit geeigneteres Verbandstoffmaterial abgeben als Baumwollenwatte. Auch die Leinenfaser ist Cellulose aber von anderer Structur und chemisch resistenter als Baumwolle. (Prag. med. Wochenschr.)

— Dr. Model behandelt das Anfangsstadium von Panaritien erfolgreich in folgender Weise: Die ganze bedrohte Endphalange wird nach genügender antiseptischer Reinigung mit einer dicken Schicht von consistentem Ung. ciner. umgeben und mit Sublimatgaze und schützendem Gummifinger überzogen; Unterarm und Hand kommen in eine Mitella und wird der Verband ununterbrochen liegen gelassen. Bei nicht allzuweit vorgeschrittener Entzündung gehen die objectiven und subjectiven Erscheinungen namentlich bei jungen Personen bald zurück, eigentliche Eiterung tritt nicht ein und die theilweise etwas emporgehobene Epidermis, namentlich um die Insertionsstelle des Nagels stösst sich später ganz oder fast ganz trocken ab. (Therap. Monatsh. № 10).

Vermischtes.

— In der vorigen Woche hat, wie wir der „N. Dörpt. Ztg." entnehmen, der emeritirte Professor der Geburtshilfe, Frauen- und Kinderkrankheiten an der Dorpater Universität, Dr. Johann v. Holst, Dorpat verlassen, um dauernd im Auslande (in Jena) Aufenthalt zu nehmen. Prof. v. Holst hat nach Absolvirung seiner Studien (1846) ununterbrochen in Dorpat als praktischer Arzt und academischer Lehrer (1848—1883) gewirkt und bis in die letzten Tage seiner ärztlichen Thätigkeit in Dorpat sich einer ausgedehnten Praxis zu erfreuen gehabt.

— Der *Schach von Persien* hat dem Oberarzt der Moskauer städtischen Polizei, Wirkl. Staatsrath Golubow, den persischen *Löwen- und Sonnenorden verliehen*.

— Der bekannte Ophthalmolog. Prof. Dr. Leopold Hirschmann in Charkow, beging vor Kurzem sein *30-jähriges Jubiläum*. Die beabsichtigte Feier dieses Tages unterblieb auf Wunsch des Jubilars.

— Als gelehrter Secretär der militär-medicinischen Academie ist nicht, wie wir in № 4 dieser Wochenschrift gemeldet haben, Prof. Dr. Tarchanow, sondern der Professor der Chirurgie an der genannten Academie, Dr. J. Nassilow, bestätigt worden. Zur Bestätigung waren vorgestellt, wie es gesetzlich ist, drei Candidaten und zwar die Professoren Tarchanow, Nassilow und Jegorow (Prof. der Physik), von denen Prof. Tarchanow in der Wahlsitzung die grösste Stimmenzahl erhalten hatte.

— *Verstorben:* 1) Am 11. Januar der ältere Arzt des 108. Ssaratowschen Infant.-Reg. Robert Opitz. 2) Am 2. Januar der jüngere Arzt des 3. Narw'schen Infant.-Reg., J. Lichatschew, an Phthisis. 3) Am 7. Februar n. St. in Heidelberg der berühmte Professor der Augenheilkunde, Dr. Otto Becker, im 62. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war einer der hervorragendsten Schüler Albert v. Graefe's in Berlin und später Ferd. Arlt's in Wien, als dessen Assistent er längere Zeit fungirt hat. In ihm verliert die Universität Heidelberg, an welcher er seit 1868 wirkte, einen ihrer tüchtigsten Lehrer und die Augenheilkunde einen ihrer angesehensten und bedeutendsten Vertreter, der sich um den Ausbau dieser Wissenschaft grosse Verdienste erworben hat. Seinen Weltruf begründeten seine werthvollen Arbeiten über die Anatomie, Pathologie und Therapie der Linse. Ausser zahlreichen kleineren Publicationen stammen von Becker zwei Atlanten zur Lehre von den Augenleiden, welche er gemeinsam mit Sattler, Hubert, Hitzmann und Veith herausgegeben hat, sowie eine deutsche Bearbeitung des Donders'schen Werkes „die Anomalien der Accommodation und Refraction des Auges". 4) In Wien am 2. Februar n. St. der Docent der Augenheilkunde an der dortigen Universität, Dr. J. Hock, im 59. Lebensjahre nach langer Krankheit. Der Verstorbene docirte seit 1872 an der Wiener Universität und fungirte seit der Gründung der allgemeinen Poliklinik als Vorstand der Abtheilung für Augenkrankheiten an derselben. H. ist auch vielfach literärisch thätig in seinem Specialfache gewesen.

— Von der „Kaiserl. Russischen Geographischen Gesellschaft" ist uns ein Subscriptionsbogen zugegangen mit der Bitte, Spenden entgegen zu nehmen für das Capital, das zur Stiftung von Prämien und Medaillen der Geographischen Gesellschaft zum Andenken an *Nicolai Michailowitsch Przewalski* gesammelt wird. Indem wir unseren Lesern dieses mittheilen, erklären wir uns gerne bereit uns an der Sammlung zu betheiligen und einlaufende Geldbeiträge an die Geographische Gesellschaft zu übermitteln.

— Die *St. Petersburger städtische Medicinalverwaltung tritt* in einem dem Organ der St. Petersburger Stadthauptmannschaft veröffentlichten Artikel *zweien hier sehr verbreiteten Gerüchten entgegen:* 1) dass hier in den Fruchtbuden, Bäckereien und Conditoreien der Zucker häufig durch das stark süssende Saccharin ersetzt werde. Nach den von der Medicinalverwaltung angestellten Ermittelungen wird das Saccharin hier in keiner einzigen Fruchtbude verkauft; dasselbe ist nur in den grossen Apothekermagazinen zu haben, aus welchen es hauptsächlich an die Apotheken für den Preis von 2 Rbl. pro Unze abgegeben wird; 2) dass das Selterswasser nicht aus destillirtem, sondern aus dem gewöhnlichen, oft unreinen Wasser angefertigt werde. In den Proben dieses Wassers, welche aus 8 verschiedenen Handelsetablissements genommen wurden, ergab die chemische Untersuchung derselben in keinem einzigen Falle eine derartige Verunreinigung.

— Der vor einigen Monaten verstorbene ehemalige Generalstabsdoctor der Armee, Dr. Koslow, hat für die künftigen weiblichen medicinischen Curse weitere 500 Bände seiner Bibliothek testamentarisch vermacht. Bereits im J. 1886 schenkte er den genannten Cursen seine Bibliothek von 6000 Bänden, welche von der Stadtverwaltung der Bibliothek des städtischen Alexanderhospitals zur Aufbewahrung übergeben sind.

— In Wien hat sich eine *dermatologische Gesellschaft* gebildet, welche am 6. Februar n. St. ihre erste Versammlung unter dem Vorsitz Prof. Kaposi's abgehalten hat.

— Der *XII. Congress der deutschen Balneologen* findet am 6., 7. und 8. März n. St. in Berlin im pharmakologischen Institut der Berliner Universität statt. Es sind bereits eine grosse Anzahl interessanter Vorträge für die Sitzungen angemeldet.

— In Paris wird in nächster Zeit eine *Revue für Massage und Elektrotherapie* unter der Redaction von Dr. A. S. Weber erscheinen.

— In *London* sind neuerdings *Curse für praktische Aerzte* unter dem Namen *«Postgraduate courses of lectures»* eingerichtet worden nach dem Muster der an deutschen Universitäten schon längere Zeit bestehenden Ferien-Curse für Aerzte. Nach dem vom Präsidenten des Royal college of Surgeons, Hutchinson, publicirten Prospect werden in 2 Monaten 72 Curse abgehalten werden.

— Da das *Chinin* in den letzten Jahren so billig geworden ist, dass die Herstellung desselben nicht mehr vortheilhaft ist, so wollen die Pflanzer der Insel Ceylon, welche den Markt hauptsächlich beschicken, den Bau des Cinchonabaumes einstellen.

— Die gegenwärtig geltende russische *Militär-Pharmacopoe*, welche noch aus dem Jahre 1866 stammt, ist bereits so veraltet, dass eine neue den Fortschritten der Wissenschaft Rechnung tragende Auflage schon lange ein dringendes Bedürfniss war. Neuerdings ist nun eine Commission ernannt worden, welche aus dem Prof. der Chemie an der militär-medicinischen Academie N. W. Ssokolow als Präsidenten und Prof. Dianin (Chemiker), Dr. med. und Mag. chem. Przibytek, Docent Dr. S. Popow, Mag. pharm. Thorey und Mag. pharm. F. Meyer als Gliedern besteht.

— In Frankreich ist den Militärärzten die *hypnotische Behandlung* durch einen Erlass des Kriegsministeriums *untersagt* worden.

— Der bekannte Londoner Anthropologe François Galton empfiehlt auf Grund seiner originellen Untersuchungen ein *neues Identificationsverfahren*: Prüft man die auf der Palmarseite der letzten Phalanx der Daumen befindlichen Hautfurchen, so stellt man leicht (noch besser mit Hülfe eines Vergrösserungsglases)

fest, dass diese Furchen äusserst mannigfache Anordnungen darbieten. Diese Anordnungen kann man höchstens auf 7—8 Haupttypen zurückführen, allein die individuellen Eigenarten sind derart, dass nach Galton jedes Individuum eine ganz specielle Anordnung der genannten Hautfurchen des Daumens bietet. Wenn man einen Abdruck der genannten Stelle nimmt, so erhält man ein nur das Individuum charakterisirendes Aussehen der genannten Hautfurchen. Der Autor ist daher überzeugt, damit ein bequemes Verfahren gefunden zu haben zur Identificirung von einzelnen Personen. (D. med. Wochenschr.)

— Das uns neulich zugesandte «*American Armamentarium Chirurgicum*» von Georg Tiemann & Co. in New-York, mit anderen Worten der Instrumenten-Catalog dieser Firma, verdient wohl seiner Grossartigkeit wegen hervorgehoben zu werden. Derselbe umfasst nicht weniger als 770 Quartseiten, auf welchen wir alle jetzt gebräuchlichen medicinischen Instrumente abgebildet finden, deren Anwendung durch Auszüge aus medicin. Schriften, womöglich des Erfinders des Instrumentes, erläutert wird. Wir haben beim Durchsehen kaum eines der uns bekannten Instrumente vermisst und scheint die Vollständigkeit demnach eine sehr grosse zu sein. Dadurch giebt dieser Catalog eine sehr gute Darstellung des jetzigen Standes unserer technischen Hilfsmittel in der Medicin. Der beigefügte Index nebst Preisliste umfasst allein 73 Seiten. — Die Ausstattung ist eine luxuriöse.

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 4. Februar d. J. 5957 (45 weniger als in der Vorwoche), darunter 181 Typhus- (18 mehr), 638 Syphilis- (30 weniger), 114 Scharlach- (3 mehr), 83 *Influenza*- (12 mehr), 96 Masern- (1 mehr), 16 Diphtherie- (3 mehr) und 2 Pocken-Kranke (3 weniger als in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 28. Januar bis 3. Februar 1890.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
281	246	527	86	41	90	16	13	12	55	61	42	46	38	18	7	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 2, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 4, Pocken 0, Masern 15, Scharlach 33, Diphtherie 3, Croup 5, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberculose der Lungen 111, Tuberculose anderer Organe 8, Alcoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 18, Krankheiten des Verdauungscanals 41, Todtgeborene 40.

☞ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 20. Februar 1890.

☞ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 12. Februar 1890.

Дозв. ценз. Спб. 9 Февраля 1890 г. Herausgeber **Dr. Th. v. Schröder.** Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.



XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,
St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 7 St. Petersburg, 17. Februar (1. März) 1890

Mittheilungen aus der Dorpater chirurgischen Universitätsklinik des weil. Prof. Ed. von Wahl.

Zur Casuistik eingeklemmter Darmwandbrüche.

Von

Dr. med. Paul Klemm.

Assistent der chirurgischen Klinik.

Da in der Herniologie die Frage nach dem Vorkommen und der Aetiologie partieller Einklemmungen der Darmwand von den Autoren noch immer nicht einheitlich entschieden worden ist, so erscheint es wünschenswerth, einschlägige Fälle mitzutheilen, um auf diese Weise durch Vergrösserung der Casuistik zu einem abschliessenden Urtheil zu gelangen.

Ich erlaube mir daher in Folgendem über einen Fall von eingeklemmtem Darmwandbruch, der in der hiesigen Klinik zur Beobachtung gelangte, zu berichten.

Anamnese: Franz K., 34 a. n., aus Dorpat, giebt an seit 10 Jahren an einer Hernie zu leiden, ohne dass diese ihm besondere Beschwerden verursacht hätte. Eine vollständige Reposition derselben sei aber nie möglich gewesen. Bei stärkerem Hervortreten liess sich dieselbe aber leicht auf ihre gewöhnliche Grösse zurückdrängen. Ein Bruchband hat Pat. nie getragen.

Am 20. Januar erfolgte der letzte Stuhl. Am 21. Januar trat der Bruch vor und liess sich nicht mehr auf seine gewöhnliche Grösse reponiren; es gesellten sich heftige Schmerzen in der rechten Leistengegend hinzu. Winde sind seit der Zeit nicht mehr abgegangen. Eingiessungen in den Darm waren ohne Erfolg. Erbrechen ist bis auf einmal, wo Pat. dasselbe durch Einführen des Fingers in den Rachen provocirte, nicht aufgetreten.

Am 25. Jan. wurde Pat. in die chirurg. Klinik aufgenommen.

Status praesens: Pat. ist von mittlerer Grösse, in seiner Ernährung reducirt, sieht blass und leidend aus.

Der Leib ist stark meteoristisch aufgetrieben, zeigt keine Asymetrien. In der Leistengegend rechterseits ist eine Geschwulst wahrnehmbar, die sich am äusseren Leistenring bis in's Scrotum erstreckt. Der Hoden zeichnet sich von der Geschwulst nicht deutlich ab, lässt sich aber im Grunde des Scrotums noch herauspalpiren. Die Peniswurzel wird durch die Geschwulst etwas nach links gedrängt. Die Haut im Bereiche der Geschwulst ist blau verfärbt.

Die Haut über dem Tumor ist glatt gespannt, frei verschieblich und ödematös infiltrirt. Der Tumor selbst ist von prall elastischer Consistenz und lässt sich durch den Leistenkanal bis an den Annulus inguinal. ext. hinauf verfolgen. Der Percussionsschall über der Geschwulst ist zum Theil tympanitisch, am Abdomen ist derselbe im Bereiche der unteren und seitlichen Partien gedämpft. Bei Rückenlage des Pat. erscheint eine Dämpfung, die etwa 10 Ctm. über die Symphyse hinaufreicht und von hier mit einem nach oben concaven Bogen an den seitlichen Partien des Thorax hinzieht.

Bei Seitenlagerung des Pat. tritt die Dämpfung auf der tiefer gelagerten Seite auf, während die hochgelagerte Seite des Abdomens tympanitischen Percussionsschall zeigt.

Bei der sofort vorgenommenen Herniotomie, die Prof. v. Wahl mir zu überlassen die Liebenswürdigkeit hatte, zeigte sich Folgendes:

Nach Spaltung des verdeckten, eitrig infiltrirten Bruchsackes auf der Hohlsonde entleert sich aus demselben eine geringe Menge stinkenden, trüben Bruchwassers. Es zeigt sich nun im Bruchsack ein Packet zum Theil schon gangränösen, übelriechenden Netzes, das an seinem unteren Ende mit dem Bruchsack fest verwachsen ist. Nach Lösung der Verwachsung wird das Netz nach oben geschlagen, worauf unter demselben ein ca. 2 Ctm. langes Stück des Dünndarms zum Vorschein kommt. Bei genauerem Zusehen stellt sich heraus, dass nur die eine Wand des Darmes, und zwar die dem Mesenterialansatz gegenüberliegende, im Leistenringe strangulirt ist. Die Kuppe der eingeklemmten Darmblase ist bereits nekrotisch zerstört, die Ränder derselben sind mit dem Leistenring locker verklebt. Ein in den zuführenden Schenkel eingeführter Nélaton'scher Catheter entleert dünnflüssigen, gallig gefärbten Koth.

Das Netz wird soweit wie möglich vorgezogen, in Portionen unterbunden und resecirt, die im Leistenkanal vorgelagerte Darmkuppe mit einigen Seidennähten an die Haut fixirt. In den zuführenden Schenkel kommt ein Gummidrain. Der Bruchsack wird, nach Reinigung mit dem scharfen Löffel und der Cooper-schen Scheere, mit Salol vollgeschüttet und mit einer Compresse bedeckt.

Der Verlauf gestaltete sich folgendermaassen:

25. Jan. Aus dem Drain entleert sich dünnflüssiger Koth. Pat. klagt über Schmerzen im Abdomen. Puls 120. Temp. 37,8. 26. Jan. Die Kothentleerung geht frei von Statten, der Meteorismus ist noch beträchtlich. Der Puls ist gut, Temp. normal. 27. Jan. Stat. idem. 28. Jan. Kothbrechen. Die Kothentleerung durch den Drain ist sehr gering. Puls 100. Temp. 36,5. 29. Jan. Das Kothbrechen hält an. Pat. fühlt sich sehr schwach. 30. Jan. Der Meteorismus ist geschwunden, der Leib ist eingefallen.

31. Jan. Mittags erfolgt der Tod.

Section (Prof. Thoma). Ich berichte nur über den uns hier interessirenden Befund am Darm: Kräftig gebaute Leiche, bräunliche Hautdecken, kein Decubitus. In der rechten Inguinalgegend eine granulirende Wunde von beträchtlicher Ausdehnung; im Grunde derselben eine Oeffnung, aus welcher stark hyperämische Schleimhaut hervorquillt. Peritoneum pariet. et viscer. diffus rosig injicirt. Lage der Baucheingeweide nicht wesentlich verändert. Das grosse Netz etwas nach rechts gezogen und in der rechten Inguinalgegend adhärent; Dünndarmschlingen mässig gefüllt, mit zartem Fibrinbelag versehen, schwach mit einander verklebt. Das Mesenterium des Dünndarmes stellenweise milchig getrübt. Mesenterialdrüsen etwas vergrössert und leicht geröthet.

Eine Schlinge des untersten Endes des Dünndarms ist in der Inguinalgegend mit dem Perit. pariet. fibrinös verklebt, an einer Stelle, welche der oben beschriebenen Operationswunde entspricht, dabei gelangt der zuführende Schenkel dieser Schlinge von oben und rechts zu der Verklebungsstelle, während der abführende Schenkel nach unten und links zieht. Die Verklebung betrifft aber nicht den ganzen Umfang des Darmrohres; vielmehr geht die dem Mesenterialansatz näher liegende Hälfte des Umfanges der Darmwand unverändert weiter, während die gegenüberliegende Hälfte der Darmwand etwas ausgebaucht und durch eine ringförmige, etwas grünlich verfärbte Furche abgegrenzt erscheint. Auf diesem Wege kommt eine kleine, flach sackförmige Ausbauchung der, dem Mesenterialansatz gegenüberliegenden Seite des Darmrohres zu Stande, deren Convexität mit der Bauchwand verklebt ist.

Geht man von aussen in die Operationswunde der rechten Leistengegend ein, so findet man an deren lateraler Wand den Samenstrang. Weiter in der Tiefe aber gelangt man durch eine, etwa 1½ Ctm. im Durchmesser haltende Oeffnung in das Darmlumen. Eine genauere Prüfung zeigt, dass hier die höchste Kuppe der sackförmigen Ausstülpung der Darmwand fehlt, und dass die Ränder der so gebildeten Oeffnung, die oben beschriebene Verklebung mit der Bauchwand eingegangen sind. Die Darmwand zeigt auch an dieser Verklebungsstelle leichte Verfärbung, in der Nachbarschaft ist die Schleimhaut röthlich injicirt, aber im Uebrigen unverändert.

Im *Magen* grasgrüner, schleimiger Inhalt. Die Innenfläche mit einem zarten Schleimbelag versehen. Im *Duodenum* gleichfalls schleimiger Inhalt, sonst nichts Abnormes.

Jejunum, Ileum im Allgemeinen weit, mit eigelbem, dünnbreiigem Inhalt. Die Schleimhaut geschwellt und stark hyperämisch. In der Nähe der Verwachsungsstelle ausser Schwellung und Röthung der Schleimhaut nichts Abnormes. Diese Verwachsungsstelle liegt, entlang dem Darmrohr gemessen, 9 Ctm. oberhalb der Ileocoecalklappe. Die weitere Untersuchung zeigt aber, dass das grosse Netz nicht nur, wie oben berichtet, mit dem Peritoneum pariet. in der Höhe der Inguinalregion, *sondern zugleich auch mit der, mit der Bauchwand verlötheten Darmschlinge fest, bindegewebig verwachsen ist.* Dieser Abschnitt des grossen Netzes zeigt aber eine quere Durchtrennung, welche in der Ebene der Furche liegt, welche die Tasche der Darmwand begrenzt; er stellt eine feste Verbindung zwischen Darm und Inguinalpforte dar.

Das Ileum unterhalb der Verlöthungsstelle enger. Ebenso ist der Colon ascend., transvers., descend. relativ enge, die Schleimhaut geröthet und geschwellt.

Dass es sich in vorstehendem Falle um eine Darmwandeinklemmung bei praeexistentem Bruchsack gehandelt hat, unterliegt wohl keinem Zweifel. Pat. trug die Hernie seit 10 Jahren; dieselbe war bis auf einen kleinen Theil stets reponibel gewesen. Nach dem Befunde bei der Operation, der später noch durch die Ergebnisse der Section seine Bestätigung fand, bestand der Bruchinhalt aus Netz. Dasselbe muss schon längere Zeit im Bruchsacke gelegen haben, da sich bei der Operation alte bindegewebige Verwachsungen zwischen demselben und der Bruchsackwand nachweisen liessen. Letztere machen es auch verständlich, warum die Reposition nicht völlig gelang.

Ohne irgend welche nachweisliche Ursache traten plötzlich Symptome der Einklemmung auf.

Bei der am 4. Tage vorgenommenen Operation liess sich eine partielle Strangulation der Darmwand constatiren. Es erhebt sich nun die Frage, wie ist diese ganz acut entstandene partielle Darmeinklemmung zu erklären?

Gerade in diesem Puncte, in der Erklärung des Mechanismus der Darmwandeinklemmung gehen die Ansichten der Autoren auseinander. Gegenüber Lorenz[1], Reichel[2], Kocher[3], Lauenstein[4] und Anderen, die auf Grund ihrer Beobachtung die Möglichkeit einer *acut eintretenden Einklemmung* der Darmwand zugestehen, bekennt sich König zu der Ansicht, dass es eine acut entstehende Einklemmung eines kleinen, *vorher nicht sackförmig präformirten* Theiles des Darmes nicht gebe. Er kennt nur zwei Arten partieller Darmeinklemmung: Es kann sich einmal um die Strangulation eines *congenitalen Divertikels* handeln: andererseits giebt aber König die Möglichkeit zu, dass solche Divertikel auch allmälig entstehen können, indem durch Verwachsung zwischen dem vorgelagerten Darm und dem Bruchsack ein ganz allmäliger Zug an ersterem stattfindet, wodurch dann schliesslich eine taschenförmige Ausbauchung der Darmwand zu Stande kommen soll.

In unserem Falle bestand nun allerdings neben frischer fibrinöser Verklebung des vorgelagerten Darmes an der Bruchpforte eine *ältere, feste, bindegewebige Verwachsung zwischen dem strangulirten Darm und dem Netz* im Niveau des Einschnürungsringes. Trotz dieses Befundes glaube ich gewiss, dass es nothwendig ist, in diesem Falle auf die von König urgirte Divertikelbildung zur Erklärung des Einklemmungsmechanismus zu recurriren. Wir wissen ja, dass das Netz zu entzündlichen Veränderungen ungemein geneigt ist. Dass solche sich denn auch in der That abgespielt haben, zeigt die feste Verlöthung des prolabirten Netzes im Bruchsacke. Dieselbe entzündliche Veränderung mag sehr wohl auch als Grund für die Verwachsung des Netzes mit einem Theil der Darmwand angesprochen werden. Bei einer derartigen Fixation des Darmes in der Nähe der Bruchpforte erscheint es durchaus möglich, dass bei einer plötzlichen Anstrengung, bei irgend einer Bewegung, die eine stärkere Inanspruchnahme der Bauchpresse bedingte, der Darm, wie Kingdon sich treffend ausdrückt, «in den Griff der treibenden Gewalt gerieth» und incarcerirt wurde. Dass nur ein Theil der Darmwand davon betroffen wurde, erscheint durchaus nicht wunderbar. Die Strangulation tritt ja eben in dem Moment ein, wo ein bestimmtes Missverhältniss zwischen Einklemmungsring und dem vorgelagerten Eingeweide besteht.

Für eine Divertikelbildung in dem, von König geforderten Sinne liessen sich keine Anhaltspuncte gewinnen. Es handelte sich um eine sehr energische, elastische Einklemmung, die etwa die Hälfte des queren Umfanges des Darmrohres betroffen hatte. Die Schnürfurche war intensiv ausgesprochen, die Kuppe der Darmwandblase bereits gangränös; von einer Verwachsung zwischen letzterer und dem Bruchsack, wie sie doch für die Bildung eines Divertikels gefordert werden musste, war nichts zu constatiren; dass aber die, nur auf einen geringen Theil des Darmes beschränkte Verwachsung desselben mit dem Niveau des Einschnürungsringes zur Bildung eines Divertikels geführt hätte, erscheint nicht recht wahrscheinlich. Ich glaube daher, dass trotz der alten, bindegewebigen Verwachsung zwischen Netz und Darmwand der Auffassung, dass es sich in vorliegendem Falle um eine acut entstandene Darmwandeinklemmung gehandelt hat, nichts im Wege steht.

Die bei unserem Pat. beobachteten Symptome deckten sich völlig mit denen, wie wir sie bei incarcerirten Schlingenbrüchen zu sehen gewohnt sind und bestanden in Collaps, Meteorismus, Erbrechen und absoluter Obstipation seit Beginn der Einklemmung. Dass bei Darmwandbrüchen complete Stuhlverhaltung die Regel ist, giebt auch schon Lorenz an, jedenfalls handelt es sich bei Incarcerationen, die $^2/_3$ und mehr der Darmwand betreffen, um eine völlige Impermeabilität des Darmrohres.

Die Prognose musste von vornherein ungünstig gestellt werden, da es sich bereits um Gangrän des eingeklemmten, nekrotisch zerfallenen Netzes handelte. Es musste also von vornherein die Möglichkeit, dass die entzündlichen Veränderungen auch den, innerhalb der Bauchhöhle gelegenen Netzabschnitt in Mitleidenschaft gezogen, in's Auge gefasst werden. Wir konnten leider darauf gefasst sein, dass von hier aus eine septische Allgemeininfection drohe, der das Individuum, trotz Lösung der Einklemmung, doch noch zum Opfer fallen werde. Die Section ergab die Richtigkeit unserer Voraussetzung.

Zum Schlusse möchte ich noch kurz auf einen Vorschlag Burkhard's[5]) hinweisen, der auf Grund zweier glück-

[1]) Ueber Darmwandbrüche. Wien und Leipzig 1883.
[2]) Die Lehre von der Brucheinklemmung. Stuttgart 1886.
[3]) Die Lehre von der Brucheinklemmung. Deutsche Zeitschr. für Chirurgie 1887, Bd. VIII.
[4]) Zur Frage der Existenz der acuten Darmwandeinklemmung. Deutsche med. Wochenschr. 1888.

[5]) Zur Casuistik und Therapie gangr. Darmwandbrüche. Centralbl. f. Chirurgie 1888, № 4.

lich verlaufener Fälle gangränöser Darmwandbrüche, die er mit primärer Naht nach Resection des Brandigen behandelte, die Forderung aufstellt, dieses Verfahren als das normale für die Behandlung gangränöser Darmwandbrüche anzusehen. Mir scheint das nicht ganz gerechtfertigt!

Bei der Durchmusterung der von Lorenz[6]) mitgetheilten Casuistik finden wir eine grosse Zahl von Fällen, wo der Darm oberhalb der Occlusionsstelle aufgetrieben und gelähmt ist, mit Gas und flüssigen Fäcalmassen überladen; die Schleimhaut ist pathologisch verändert, ödematös durchfeuchtet, ecchymosirt, mit nekrotischen Schorfen bedeckt, — kurz, der pathologisch-anatomische Befund am Darm partiell incarcerirter Brüche unterscheidet sich in Nichts von den Fällen, wo die Einklemmung eine ganze Schlinge betrifft. Dass aber bei letzteren die primäre Resection und Naht ein zum mindesten sehr discutabeles Verfahren ist, darin sind die Ansichten eines grossen Theiles der Autoren, ich nenne unter Anderen nur v. Bergmann[7]), Billroth[8]), Küster[9]), Koch[10]) und Hänel[11]), einig. Ich glaube, dass auch für die gangränösen Darmwandbrüche das normale Verfahren in der zeitweiligen Etablirung einer Kothfistel bestehen wird, deren möglichst frühzeitige Schliessung dann auf operativem Wege angestrebt werden kann, wie dies Juillard[12]) und Riedel[13]) vorgeschlagen haben.

Ueber die Beziehungen der Influenza zu einigen Erscheinungen der Atmosphäre.

Von

Dr. J. Ucke (St. Petersburg).

Wenn wir die Infectionskrankheiten, in Bezug auf die Art wie sie sich verbreiten, betrachten, finden wir, dass die grosse Mehrzahl verhältnissmässig nur langsam fortschreitet. Viele werden von den Menschen weiter getragen, andere sind an den Boden gebunden; die sie erregenden Stoffe sind in der Luft wohl vorhanden, werden aber von den Winden nicht weit geführt. Nur 2 Krankheiten sind bekannt durch die ausserordentliche Raschheit und Weite ihrer Ausdehnung über den Erdball, die Influenza und das Dengue-Fieber. Letzteres ist eine ausschliesslich tropische Krankheit und verschwindet in den kühleren Breiten. Die Erstere ist gegen Kälte unempfindlich, verbreitet sich mit einer ganz ungewöhnlichen Geschwindigkeit über ganze Welttheile und diese Eigenschaft war es, die den Verfasser bewog, sie einer näheren Betrachtung zu unterwerfen. Alle Infectionskrankheiten kommen und verschwinden, ohne dass bisher das geringste Licht geworfen wäre auf die Ursachen ihres Erscheinens und Verschwindens. Ja selbst die dem Boden anhaftende Malaria erscheint in einigen Jahren stark, in anderen schwach; wir haben die beste Gelegenheit nach den Ursachen zu forschen, haben aber bis jetzt nicht das Geringste erfahren. So steht es auch mit der Influenza. Plötzlich ist sie da, dann verschwindet sie auf viele Jahrzehnte und über das Warum herrscht ein völliges Dunkel.

Im Herbst und Winter von 1889 hat die Influenza ganz Europa überzogen. Dem Verfasser dieser Zeilen ist aus der medicinischen Literatur nicht bekannt, dass über den näheren Zusammenhang der Influenza mit den Vorgängen in dem den Erdball umgebenden Luftmeere etwas gesagt worden wäre, ausgenommen die Angaben über die Jahreszeiten, wann die Epidemien geherrscht haben.

Die Influenza erscheint plötzlich, verbreitet sich sehr rasch und geht über grosse Länderstrecken, selbst Welttheile weg, und trägt daher den Charakter einer Pandemie an sich, wie keine andere Krankheit. Freilich tritt diese ausgedehnte Verbreitung nicht immer ein. Dabei ist es aufgefallen, dass sie nicht selten ein Fortschreiten von O nach W zeigt, ohne ganz auf andere Richtungen zu verzichten. Niemand zweifelt daran, dass sie eine Infection ist, und die Krankheitserreger, die Mikroben, zunächst die Athmungsorgane befallen. Da liegt die Frage nahe: woher kommt dieser schädliche Stoff in die Luft, die doch so viele Jahre nichts davon enthielt? Man wird aufgefordert, das Luftmeer näher zu beschauen, wie es sich in der Zeit des Erscheinens der Krankheit und in der ersten Zeit ihres Verlaufes verhielt. Ich will den Versuch machen, die meteorologischen Data zu Rathe zu ziehen, um zu sehen, ob sie auf einen Zusammenhang mit der Krankheit hinweisen.

In den Calmen entsteht durch die sengende Gluth der Sonne ein starker aufsteigender Luftstrom, der nach N und S über die kühleren Schichten abfliesst; das abgeflossene Luftquantum wird aus den unteren kühleren Schichten ersetzt. Hierdurch werden 2 beständige Ströme gebildet. Durch die Drehung der Erde um ihre Achse bekommt der warme Strom eine schräge Richtung, beispielsweise geht der der Nordhälfte von SW nach NO und der untere Gegenstrom, die sogenannten Passate, von NO nach SW. In der gemässigten Zone fliessen der obere und untere Strom zum Theil neben einander und es entstehen fortschreitende Wirbel, welche sich nicht bloss nach den um ihre Centren kreisenden Winden, sondern auch als Areale höheren und niederen Druckes, resp. niedrigerer oder höherer Temperatur unterscheiden lassen. Eine lebhaftere Luftbewegung unter den Tropen kann auch auf eine grössere oder geringere Entwickelung der Wirbel Einfluss haben und so bei den Temperatur-, Druck- und Windverhältnissen in der gemässigten Zone excessive Veränderungen bewirken.

Die Epidemie der Influenza begann hier am 10./22. Oct. 1889 und hatte am 14./26. Nov. so ziemlich nachgelassen. Daher nehme ich die meteorologischen Beobachtungen, welche ich der Freundlichkeit des Directors des St. Petersburger Hauptobservatoriums, des Herrn Academiker Wild verdanke und hier beilege, aus dieser Periode, ziehe aber noch einige Tage vor Eintritt der Epidemie hinzu, um zu zeigen, wie die Erscheinungen eingeleitet wurden, also vom 6./18. October.

Betrachten wir zunächst auf der nachstehenden Tabelle (pag. 65) die Wärme, da finden wir 3 Abtheilungen: Das Tagesmittel, die sogenannte Normaltemperatur, welche aus dem Mittel von 121 Jahren gewonnen ist, und dann den Unterschied zwischen beiden. Hier zeigt sich, dass die Wärme von Anfang und mit wenigen Unterbrechungen durch die ganze genommene Periode eine grössere war, als die Normaltemperatur. Die Unterbrechungen in dieser Erscheinung hingen davon ab, dass der kalte nördliche Gegenstrom den südlichen auf eine kurze Zeit verdrängte, denn wie oben bemerkt, fliessen beide nicht selten neben einander. Diese ungewöhnlich hohe Wärme weist darauf hin, dass die Temperatur auch in denjenigen Gegenden, woher die Luft stammte, also in den Tropen, eine grössere als gewöhnlich gewesen ist, denn der Urquell der Temperatur der höheren Breiten liegt ja dort, natürlich mit Ausnahme der localen Sonnenwirkung. Man wird daher voraussetzen müssen, dass der dort aufsteigende Luftstrom sich höher als gewöhnlich gehoben und leichter die entgegenstehenden Gebirge überwunden haben wird, als sonst. Er wird auch rascher abgeflossen sein und der untere kühlere Nordstrom wird ihn rascher ersetzt haben. Lebhaftere Luftbewegung wird sich auch in den Druckverhältnissen zeigen und wir finden wirklich ein auffallendes Steigen und Fallen des Barometers, wie im Folgenden zu sehen:

[6]) l. c.

[7]) Zur Behandlung des widernatürlichen Afters. Deutsche med. Wochenschr. 1883, № 1.

[8]) Verhandl. d. deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1880.

[9]) Ibidem.

[10]) Beitrag zur Behandlung der gangränösen Hernien und des widernatürlichen Afters. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie XXIII, 1886.

[11]) Casuistik der gangr. Hernien und des Anus praeternaturalis. Arch. f. klin. Chirurgie XXXVI, 1887.

[12]) Herniolaparotomie, resection de l'intestin. Revue méd. de la Suisse romande 1881.

[13]) Verhandlungen d. deutsch. Gesellsch. f. Chirurgie 1883.



Vom 6./18. Oct. bis zum 10./22. Oct. fiel es um 10.3 Mm.; bis zum 16./28. stieg es um 16.0 Mm.
Vom 16./28. Oct. bis zum 18./30. Oct. fiel es um 15.3 Mm.; bis zum 21. Oct./2. Nov. stieg es um 12.1 Mm.
Vom 21. Oct./2. Nov. bis zum 28. Oct./9. Nov. fiel es um 23,0 Mm. und stieg bis zum 3./15. Nov. um 18.7 Mm.

Die Winde in dieser Zeit waren unbedeutend und gaben dadurch den schwebenden festen Bestandtheilen eine gute Gelegenheit sich abzusetzen, wie die minimalen Grössen des Druckes die Zeitpuncte angaben, in denen der südliche warme Strom der Erdoberfläche am nächsten kam. Die Niederschläge in der ganzen Periode und vorher waren gering, denn wie viel kann ein Regen von 2—4 Mm. den Boden nässen. Dabei war der Himmel meist bedeckt und mit Nebeln. Wenn wir die Niederschläge des September und October neuen Styls, also die Zeit kurz vor und im Anfange der Epidemie nehmen und mit dem vieljährigen Normalen vergleichen, so ergiebt das Normale für September 50.0 Mm., für October 43,4 Mm., das Beobachtete für den ersten 20,2 Mm. und für den anderen 16.3. Die Zeit war, wie man sieht, ungewöhnlich trocken gewesen.

Festhaltend, dass die Influenza eine Infection ist, sei es erlaubt, einiges Bekannte über die Mikroben zu sagen. Noch nie hat Jemand behauptet, dass die Influenza in Europa aus localen Ursachen entstanden ist, immer wird sie als Fremdling betrachtet. Am Ueberzeugendsten wird das illustrirt durch das Erscheinen derselben im nördlichen Grönland im Winter, wo ein organisches Leben im Schnee und Eise garnicht möglich ist. Auch die letzte Epidemie erschien so plötzlich, verbreitete sich so rasch, dass man durchaus genöthigt ist anzunehmen, dass die Keime in ungeheuren Mengen in der Luft verbreitet gewesen sind. Alle Mikroben stammen vom Boden, können sich aber nur dann aus demselben erheben, wenn dieser trocken ist. Dabei findet ihre Loslösung von ihm im Allgemeinen nicht im isolirten Zustande statt, sondern indem sie sich an Staubpartikelchen der feinsten Art, wie Sonnenstäubchen, hängen. Diese können auch gröbere sein, so können ganze Complexe von Bacterien in die Luft treten. Ist die Luft ruhig, so setzen sich die Keime, entsprechend der Schwere ihrer Träger, mehr oder weniger schnell ab. Vermehren können sie sich in der Luft nicht, da ihnen dazu die nöthige Feuchtigkeit fehlt. Hieraus lässt sich ersehen, dass das Vorhandensein von Bacterien in der Luft je nach den Verhältnissen sehr verschieden sein kann. Ist der Boden feucht, mit Schnee bedeckt, oder reines Wasser, wie Seen und Meere, so steigen keine in die Luft. Ist er trocken und kalt — wenige; ist er aber trocken und warm und selbst sehr warm, wie unter den Tropen, da können ihrer viele aufsteigen, je nachdem der Boden ihre Entstehung begünstigt.

Oben erwähnten wir, dass der Herbst hier ungewöhnlich warm gewesen und dass deswegen eine grössere Wärmeentwickelung in den Tropen vorauszusetzen war. Dahin deuteten auch die lebhafteren Druckveränderungen, wie sie das Barometer auswies. Da nun die Influenza in Europa nicht entsteht, sondern durch die Luft hergetragen wird, so liegt es nahe zu denken, dass sie in den Tropen entstanden ist und ihre Keime durch die günstigen Witterungsverhältnisse von dort hergebracht sind. Diese Keime sind höher als gewöhnlich gehoben worden, überwanden leichter alle Gebirge, strömten massenhaft in die gemässigte Zone und richteten all' das Unheil an, das wir erlebt haben. So lange der Südstrom über dem Nordstrom floss, übte sein Inhalt keinen Einfluss auf die Bewohner der Erdoberfläche aus. So wie er aber in höheren Breiten neben ihn trat und die Erde berührte, traten seine Wirkungen hervor: es wurde warm, das Barometer fiel, die Keime, welche mit ihm kamen, streiften die Erdoberfläche und ihre Wirkungen auf die lebenden Wesen traten hervor, die Krankheit war da. Wir sahen das rapide Fallen des Barometers vom 6./18 Oct. bis zum 10./22. Oct. um 10,3 Mm. und am letzten Tage erkrankten 14 Mädchen im patriotischen Institut in St. Petersburg und wohl auch viele andere, von denen nicht berichtet wurde. Das war der Tag der ersten Infection der Stadt; die Wiederholungen derselben können wir am 18./30 Oct. und am 28. Oct./9. Nov. annehmen. Wie hoch, wie breit, wie lang ausgezogen der ungeheure, mit Influenzakeimen versehene Luftstrom war, ist unbestimmbar; doch haben wir in der weiten Ausbreitung der Epidemie ein sicheres Zeugniss seiner immensen Grösse. In der Zeit, in der die Infection stattfand, kann man den befallenen Ort als in eine Mikrobenwolke eingehüllt betrachten. In St. Petersburg waren die beiden ersten angenommenen Infectionsperioden jedenfalls kurz, wenn man das schnelle Steigen des Barometers in Betracht zieht, das einem Wegschieben des Südstromes gleichkommt. Da die Luftströme in grossen Wirbeln fliessen, entstehen beständig Centra des einen, wie des anderen Stromes und stellen so Mittelpuncte des niedrigsten, die Cyclonen, und solche des höchsten Druckes, die Anticyclonen, dar. Diese Mittelpuncte verschieben sich ungeheuer rasch. Wenn man die Karten betrachtet, auf welchen die Meteorologen die Localitäten gleichen Druckes durch Linien verbinden, die Isobaren darstellend, so sieht man beständige, ungeheure Veränderungen vor sich gehen und zwar im Laufe eines Tages. Hirsch, in seinem Handbuche der historisch-geographischen Pathologie, sagt, dass die grosse Mehrzahl der Thatsachen weit mehr zur Annahme eines radiären oder sprungweisen, als eines linearen Fortschrittes der Influenza berechtigt und die Verbreitung der Krankheit nach einer bestimmten Richtung nicht als eine der Influenza zukommende Eigenthümlichkeit angesehen werden kann. Diese Ansicht ist gewiss richtig. Die Influenza kann nur auftreten, wenn der die Keime führende Luftstrom zur Erdoberfläche gelangt, was durch den niedrigen Standpunct des Barometers dargethan wird. Wenn wir diese Veränderungen des Luftdruckes, der Winde und der Temperatur in Betracht ziehen, werden wir es natürlich finden, dass dieselbe Luftschicht weder geradlinig vorwärts geht, noch anhaltend an der Erdoberfläche hinstreicht. Nehmen wir dazu, dass nicht alle Luftschichten des Südstromes Keime enthalten mögen, ja auch Intervalle mit Nachschüben vorkommen können, und selbst die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist, dass Keime beim Vorbeistreifen dem Nordstrom mitgetheilt werden, so wird uns das sprungweise, unregelmässige Erscheinen der Influenza begreiflich erscheinen. Hier wäre noch hervorzuheben, dass die Influenzamikroben, obgleich Kinder der heissen Zone, gegen die niedrigsten Temperaturen unempfindlich sind und darum in allen Jahreszeiten erscheinen. Für jede einzelne Epidemie wird die Zeit des Erscheinens in der gemässigten Zone von den günstigen meteorologischen Verhältnissen abhängen. Das Mittheilen der Mikroben dem Nordstrome ist insofern plausibel, weil sich beide Ströme beständig streifen und in späteren Perioden des Fliessens die übergegangene Quantität derselben eine grössere sein wird, so dass man sich wohl vorstellen kann, dass der Nordstrom selbst inficirt. So lässt sich denken, dass die Krankheit nicht bloss die Richtung von O nach W, sondern selbst nach SW genommen hat. Ob nun die Keimströme allein aus Russland in's westliche Europa geflossen sind, oder ob es auch Ströme gab, die aus mehr westlichen Gegenden in Europa eindrangen, ist bis jetzt unbekannt. Ebenso unbekannt ist, wo die Mikroben entstanden sind und in wie weit sie die locale Bevölkerung belästigt haben. Jedenfalls kann ihre massenhafte Entfernung von ihrer Ursprungsstelle dort nur günstig gewirkt haben.

Die Dauer einer Epidemie an Orten, wo sie hingebracht ist, wird wohl auch nicht bloss von der Infection durch die vorbeieilende Luft abhängen, sondern auch von localen Verhältnissen. So beispielsweise von den grossen Unebenheiten der Oberfläche, welche ein bewohnter Ort bietet, an welchen sich die Keime fangen können; so in den Strassen und Höfen, auch werden sie durch Thüren und Fenster in



die Häuser dringen. Daher werden sie fortfahren zu inficiren, wenn die Luft, welche sie gebracht, längst fort ist. Ist der Tag der Infection ein stiller, so setzen sich die Keime auf dem Boden der Strassen ab, und wenn er trocken ist oder wird, werden sie durch Fahren, Gehen, Fegen aufgewirbelt und eingeathmet.

In dem Mitgetheilten findet der Leser genau beobachtete Data aus der Atmosphäre zur Zeit, als die Influenza in St. Petersburg erschien. Erinnernd an bekannte Eigenschaften der Mikroben, habe ich Folgerungen über den Zusammenhang der Epidemie mit der Witterung gemacht, welche den Charakter des Hypothetischen an sich tragen. Dessen bin ich mir wohl bewusst und erwarte Widerspruch zu erfahren. Wenn ich mir erlaube das Obige mitzutheilen, so geschieht es bloss, um Andere anzuregen, den Gegenstand weiter zu verfolgen. Da die Influenza über Europa hingegangen und selbst den neuen Welttheil erfasst hat, so ist es natürlich, dass es vieler Beobachter an anderen Orten bedarf, um den dieser Arbeit zu Grunde liegenden Gedanken zu bestätigen, zu begrenzen, zu erweitern oder zu widerlegen. Es wird mir eine Freude sein, mehr zu erfahren.

Februar 1890.

Meteorologische Beobachtungen am Central-Observatorium zu St. Petersburg 1889.

Datum.	Barometer.		Thermometer C.			Relative Feucht.		Niederschl. Millim.	Winde.
	Tages-mittel.	Maxima und Minima.	Tages-mittel.	Norm. Tempe-ratur.	Differenz beider.	Mg. 7 Uhr.	Mit. 1 Uhr.		
6/18 X.	769,4	769,4	7,2	4,2	+3,0	92	71	—	O2
7/19 „	766,4	10,3	7,3	4,0	+3,3	94	78	—	SO1
8/20 „	763,4	Mm.	7,1	3,6	+3,5	87	85	—	O2
9/21 „	761,2	Differ.	5,1	3,3	+1,8	81	76	3	ONO1
10/22 „	759,1	759,1	2,5	3,2	—0,7	87	75	—	ONO3
11/23 „	765,3		—1,7	3,3	—5,0	68	59	—	O2
12/24 „	768,8	16,0	—4,7	3,4	—8,1	76	59	—	ONO2
13/25 „	769,7	Mm.	—5,0	3,0	—8,0	84	60	—	NNW0
14/26 „	768,4	Differ.	—3,0	2,6	—5,6	95	88	1	NNW1
15/27 „	772,9		—2,6	2,6	—5,2	93	65	—	NNW2
16/28 „	775,1	775,1	—1,4	2,2	—3,6	100	85	—	SSW 1
17/29 „	767,9	15,3 Diff.	—0,9	1,9	—2,8	77	61	—	S2
18/30 „	759,8	759,8	2,1	1,6	+0,5	94	93	2	SSW 1
19/31 „	762,8	12,1	3,9	1,7	+2,2	98	95	4	NW0
20/1 XI.	769,5	Differ.	1,8	1,6	+0,2	92	83	—	O2
21/2 „	771,9	771,9	—1,7	1,6	—3,3	80	84	—	SO2
22/3 „	767,7		1,0	1,5	—0,5	81	83	—	SO2
23/4 „	766,2	23,0	2,0	1,4	+0,6	98	94	1	SO1
24/5 „	768,8	Mm.	2,0	1,6	+0,4	98	93	3	SO0
25/6 „	764,7	Differ.	3,6	0,8	+2,8	98	95	—	S2
26/7 „	759,0		4,7	0,0	+4,7	97	94	2	SSW 1
27/8 „	759,5		3,5	0,6	+2,9	95	80	2	OSO0
28/9 „	748,9	748,9	2,8	0,1	+2,7	96	91	2	ONO 1
29/10 „	754,0		0,7	—0,3	+1,0	93	85	2	NNW1
30/11 „	763.0	18,7	0,5	—0,4	+0,9	94	85	—	NNW1
31/12 „	762,9	Mm.	0,1	—0,9	+1,0	83	80	—	NW1
1/13 „	761,5	Differ.	0,8	—0,9	+1,7	94	80	6	S1
2/14 „	765,5		2,0	—1,4	+3,4	89	82	3	WNW1
3/15 „	767,6	767,6	2,9	—1,7	+4,6	91	90	—	WNW2
4/16 „	761,4	—	3,2	1,9	+1,3	83	88	—	WSW2
5/17 „	761,9	—	1,0	2,2	—1,2	94	91	—	NNO1
6/18 „	764,5	—	0,2	—2,7	+2,9	88	94	2	SSW 2
7/19 „	764,4	—	2,3	—2,2	+4,5	87	84	10	NW1
8/20 „	762,7	—	4,3	2,5	+1,8	95	89	1	WNW3
9/21 „	768,3	—	2,9	—2,8	+5,7	92	98	—	WNW2
10/22 „	768,3	—	3,4	—3,0	+6,4	98	98	—	WNW2
11/23 „	762,7	—	3,5	—3,3	+6,8	85	88	—	WSW 2
12/24 „	763,4	—	4,6	—3,7	+8,3	89	87	—	WSW 1
13/25 „	757,6	—	3,0	—3,6	+6,6	95	95	—	S 2
14/26 „	753,6	—	—1,6	—4,2	+2,6	76	75	—	SSW 3

Referate.

Leyden: Ueber die Prognose der Herzkrankheiten. Vortrag, gehalten im Berliner Verein f. innere Med. 1. und 29. April, 6. und 20. Mai und 3. Juni 1889.

Die Prognose der Herzkrankheiten ist im Ganzen besser als man gewohnt ist sie zu stellen. Bei den meisten chronischen Herzkrankheiten ist plötzlicher Tod ein seltenes Ereigniss. Nur bei der Aortenklappeninsufficienz und der Angina pectoris vera ist derselbe häufiger. Bei Mitralfehlern tritt plötzlicher Tod nur in ca. 2% der Fälle ein. Die Prognose ist von 3 Gesichtspuncten aus zu betrachten: 1) Mit Rücksicht auf die allgemeine Disposition und die Lebensverhältnisse; 2) mit Rücksicht auf die speciellen Gruppen der Herzkrankheiten; 3) mit Rücksicht auf einzelne physikalische oder physiologisch-pathologische Symptome.

I. Die allgemeine Disposition und die Lebensverhältnisse.

Das *Alter* hat insofern Einfluss, als junge Kinder Herzkrankheiten leicht erliegen. Im reifen Kindes-, dem jugendlichen und ersten Mannesalter ist die Prognose am besten. Im Alter ist die Prognose deshalb schlechter, weil die Ursache der Herzerkrankung meist progrediente Arteriosclerose ist. Compensation der Klappenfehler erfolgt dagegen ebenso leicht wie im jugendlichen Alter.

Das weibliche *Geschlecht* gestattet bessere Prognose als das männliche, weil es den Ursachen schwerer Herzaffectionen (Arteriosclerose) sowie Ueberanstrengung, Alkoholmissbrauch weniger ausgesetzt ist. Ferner werden Frauen mehr von solchen Herzfehlern befallen, die bessere Prognose geben.

Die begüterten *Stände* ertragen Herzkrankheiten besser als die armen, weil sie sich nicht zu überanstrengen brauchen, und Sorgen, schlechte Ernährung leichter zu vermeiden sind. Ruhige, mässige Menschen sind besser daran als leidenschaftliche und unmässige.

Wichtig ist es, wie der Patient auf Digitalis reagirt. Lässt die Wirkung schnell nach, müssen wir sehr oft zu dem Mittel greifen, so verschlechtert sich die Prognose. Die anderen Medicamente sind viel unsicherer.

II. Die speciellen Gruppen von Herzkrankheiten.

1) Die *anorganischen* Herzkrankheiten (nervöse, neurasthenische, functionelle) geben eine viel bessere Prognose als die organischen. Durch Schreck, Gram etc. können allerdings auch hier schwere Folgezustände entstehen.

2) Erkrankungen des *Herzmuskels*.

a) *Hypertrophie*. Die Prognose hängt von der Ursache derselben ab. Je stärker die Hypertrophie, um so schwerer ist im Allgemeinen die Grundkrankheit. Es kann trotz der Hypertrophie Herzschwäche eintreten, die lebensgefährlich ist.

b) Die *Dilatation* giebt eine ungünstigere Prognose als die Hypertrophie, weil alle Dehnungszustände des Herzmuskels Schwäche desselben im Gefolge haben. Das rechte Herz ist so dehnbar wie ein venöses Gefäss und seine Dilatation kann ebenso schnell schwinden wie sie entstanden ist. Dagegen sind die Dilatationen des linken Ventrikels von grösster, bei längerem Bestande meist schlimmer Bedeutung. Einzelne Fälle, namentlich solche, die nach acuten Krankheiten entstanden sind, können geheilt werden. Ebenso Fälle, die nach Ueberanstrengung entstehen und solche bei Basedow'scher Krankheit. Entsteht die Dilatation langsam und besteht sie fort, so ist die Prognose schwer. Am ungünstigsten, wenn die verursachenden Processe progredient sind, wie die Arteriosclerose. Hier sind die Besserungen nur vorübergehend. Vielleicht lässt sich mit der diätetisch-mechanischen Therapie von Oertel und der gymnastischen von Zander in Zukunft Hypertrophie und damit dauernde Compensation erreichen in Fällen, denen wir bisher machtlos gegenüberstanden.

c) Die Prognose der *Herzschwäche* hängt davon ab, ob ein organischer Herzfehler vorliegt oder nicht. Functionelle Herzschwäche kann im Augenblick sehr gefährlich werden, giebt aber im Allgemeinen bessere Aussichten, als wenn anatomische Veränderungen vorhanden sind. Am Gefährlichsten ist die acute Herzschwäche in fieberhaften Krankheiten, bei Angina pectoris und den anämischen Fettherzen. Bei der chronischen Insufficienz hängt Alles von dem Grad und der Ursache derselben ab. Schlecht ist die Prognose bei Arteriosclerose und Nierenkrankheiten. Zustände der Intoxication, der schlechten Ernährung und der Ueberanstrengung sind dagegen einer Restitution fähig.

Das *Fettherz* nimmt eine besondere Stellung ein. Leyden unterscheidet das Herz der Fettleibigen und das fettig degenerirte Herz. Ist der Herzmuskel gesund und das Fett nur auf dem Herzen und Pericard aufgelagert, so ist die Prognose relativ günstig, selbst wenn schon hydropische Erscheinungen da sind. Bei Dilatation des linken Ventrikels und Herzschwäche wird die Prognose sehr unsicher. Noch ernster wird der Fall, wenn sich zu Fettherz Arteriosclerose gesellt. — Die fettige Degeneration lässt sich nur aus der Herzschwäche bei schlecht genährten und anämischen Personen erschliessen. Bei einfachen Anämien und Schwächezuständen ist die Prognose nicht ungünstig, bei schweren Anämien und Kachexien schlecht.

3) *Herzklappenfehler* können heilen, am ehesten Mitralinsufficienzen. Namentlich wird man darauf hoffen können, wenn keine von der Klappeninsufficienz abhängige Folgezustände da sind. Aorteninsufficienzen heilen sehr selten. Tritt keine Heilung ein, so kann doch Jahre lang vollkommene Compensation bestehen, so dass der Patient keinerlei Beschwerden hat. Um diesen Zustand zu erhalten, ist es nöthig, dass vor allen Dingen körperliche Ueberanstrengung vermieden wird, dann aber auch Erkältung, Alkohol, Tabak, Kaffee. Die Ehe ist nicht unbedenklich. Die Wahl des Lebensberufes spielt eine grosse Rolle.

Die Mitralinsufficienz giebt die beste, Aorteninsufficienz die schlechteste Prognose. Bei letzterer ist die endocarditische Form besser als die arteriosclerotische. Je weniger die Hypertrophie des rückwärts gelegenen Herzabschnittes ausgebildet ist, um so



besser. Dilatationen sind ungünstiger, am ungünstigsten starke Dilatation des linken Ventrikels bei Aorteninsufficienz. Laute distincte Geräusche sind günstiger als verschwindende. Wichtig ist es, ob die Klappenerkrankung stationär oder progredient ist. Stationär sind die angeborenen Herzfehler. Fast ebenso günstig die nach acuten Krankheiten, am besten Mitralinsufficienzen nach Chorea. Gelenkrheumatismus bietet die Gefahr des Recidivs und der Exacerbation der Endocarditis. Herzfehler nach Masern und Scharlach sind stationär und von günstiger Prognose. Ungünstig sind die durch Arteriosclerose bedingten Klappenfehler. Schlecht ist die Prognose der septischen Endocarditis.

Im Stadium der Compensationsstörung sind 3 Phasen zu unterscheiden: 1) Leichtes Auftreten von Dyspnoe, Herzklopfen, leichte Hämoptoe, verringerte Leistungsfähigkeit. 2) Hydropische Erscheinungen. Durch dieselben wird die Prognose noch durchaus nicht ungünstig. 3) Hydrops, Athemnoth, hochgradige Stauung in Leber und Lungen. Hier ist eine dauernde Besserung nicht mehr zu erwarten. Die beiden ersten Phasen bieten ein dankbares Feld für die ärztliche Thätigkeit. Praktisch wichtig ist, ob die Compensationsstörung allmälig oder durch vorübergehende Zustände, Bronchitis, Pleuritis, Pneumonie, Schwangerschaft etc. entstanden ist.

III. Einzelne physikalische oder physiologisch-pathologische Symptome.

Systolische *Geräusche* geben die beste Prognose. Sie sind oft accidenteller Natur. Diastoliche und präsystolische Geräusche sind meist organische; ausgenommen sind die Venengeräusche der Anämischen. Intermittenzen und Arhythmien sind von keiner ernsten Bedeutung. Das Delirium cordis führt zu lebensgefährlichen Circulationsstörungen. Der Tremor cordis ist auch von ernster Bedeutung.

Die *Tachycardie* hat immer etwas Bedrohliches. Doch wird zuweilen eine Pulsfrequenz von 148—160 längere Zeit ertragen. Die febrile Tachycardie ist verschieden zu beurtheilen. 120—140 bei Scharlach jugendlicher Individuen ist von keiner übelen Bedeutung, bei Erwachsenen ist sie gefährlich. Bei Pneumonie ist hohe Pulsfrequenz bedenklich. Die paroxysmale und durch psychische Erregung bedingte Tachycardie ist ohne besondere Gefahr.

Mässige *Bradycardie* hat an sich keine prognostische Bedeutung; sie giebt die Indication zu vorsichtiger roborirender Behandlung, bei der Digitalis nicht anzuwenden ist. Stärkere Pulsverlangsamung ist bei Digitalisgebrauch und bei Angina pectoris zu beobachten. Die Prognose der permanenten Bradycardie ist nicht aufgeklärt.

Discussion: Ewald legt den Muskelerkrankungen des rechten Herzens grösseres Gewicht bei als Leyden. Dasselbe wird leichter insufficient als das linke. Prognostisch von Bedeutung ist, dass vermehrte Herzaction den Herzmuskel nicht kräftigt. Die Erfolge der mechanischen neuen Behandlungsmethoden beruhen darauf, dass dem Herzen besseres Blut zugeführt und dadurch seine Ernährung verbessert wird.

Fräntzel stellt als Ausnahmefall einen Steinträger mit Aorteninsufficienz und starker Dilatation des linken Ventrikels vor, bei dem die Compensation ausgezeichnet ist. Im Allgemeinen ist die Compensation und Prognose um so schlechter, je grösser die Dilatation ist.

Fürbringer hat plötzlichen Tod bei Mitralstenose häufiger gesehen als bei Aorteninsufficienz. Herzneurosen sind sehr oft mit organischen Fehlern combinirt, was auf die Prognose Einfluss hat. Bei Klappenfehlern giebt am linken venösen Ostium die Insufficienz, am arteriellen die Stenose die bessere Prognose. Mitralinsufficienz führt bald zu Compensationsstörung, Aorteninsufficienz nach viel längerer Zeit. Dann reagirt aber die letztere viel schlechter auf Digitalis als die erste. Der günstigste Klappenfehler ist eine mässige Aortenstenose. Was die Geräusche betrifft, so kommen zwar schlimme Fälle ohne laute Geräusche vor, doch giebt es nur wenige leichte Fälle, bei denen ein sehr lautes Geräusch zu hören ist. Je lauter und prolongirter die Geräusche, umsomehr sind sie zu fürchten. Ruhe bei Herzkranken mit guter Compensation ist direct schädlich. Die Kranken verlieren ihre Leistungsfähigkeit.

Guttmann vindicirt den Aortenfehlern wegen späten Eintrittes der Compensationsstörung eine bessere Prognose als den Mitralfehlern. Dass Weiber seltener und weniger schwer erkranken, kann G. nicht zugeben.

Oldendorff meint, dass das weibliche Geschlecht mehr disponirt sei. Auffallend häufig ist Erblichkeit der Herzfehler. Die ererbten Fälle geben eine schlechtere Prognose.

Jastrowitz macht auf die oft zu beobachtende Hypertrophie und Dilatation des ganzen Herzens oder einzelner Abschnitte bei Epileptischen aufmerksam. Die Epileptiker sterben oft während der Anfälle an Herzinsufficienz. Wannach.

Fick: Ueber die Erholung der Netzhaut. (Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte № 1).

Die merkwürdige Thatsache der scheinbaren Unermüdlichkeit der Netzhaut, auf der sich vom frühen Morgen bis zum späten Abend ohne Ruhepause die lichtaussendenden Gegenstände der Aussenwelt abbilden, ohne dass Sehschärfe, Licht- und Farbensinn merklich abnehmen, während doch nachweisbar die Netzhaut sehr leicht zu ermüden ist, veranlassten F. in Gemeinschaft mit Gürber zu Untersuchungen, in der Voraussetzung, dass Vorrichtungen vorhanden sein müssen, welche die Netzhaut während ihrer Thätigkeit erholen. Diese Vorrichtungen wurden gefunden in den Augenbewegungen, dem Lidschlag und dem Spiel des Accommodationsmuskels, von denen jeder einzelne Bewegungsvorgang, wie sich durch Lese- und Nachbilderversuche erweisen lässt, im Stande ist, die Ermüdungserscheinungen der Netzhaut auszulöschen.

Die Frage, wie die Erholung durch diese drei Bewegungsvorgänge bewirkt werde, beantwortet F. dahin, dass alle drei eine Steigerung des Flüssigkeitsdruckes im Innern des Auges hervorrufen, somit bei Wiederholung Druckschwankungen stattfinden und dadurch die Blutcirculation in der Netzhaut mittelbar befördert wird; von Letzterer ist aber das Sehen direct abhängig, wie klinische und physiologische Thatsachen lehren. Schröder.

Seifert: Ueber Cutis laxa. Vorläufige Mitth. (Cbl. f. klin. Med. № 3).

Bei einem 19-jährigen Manne zeigte sich abnorme Faltbarkeit und Dehnbarkeit der Haut des ganzen Körpers; dieselbe sah eigenthümlich trocken aus und fühlte sich matsch an. Die mikroskopische Untersuchung eines Hautstückchens ergab vollständig normales Verhalten der elastischen Fasern. Dagegen fand sich eine Umwandlung des derben Cutisgewebes in ein durchaus gleichartiges, nicht geformtes myxomatöses Gewebe mit totalem Schwund der Fibrillenbündel. Da hierdurch das Hinderniss, welches die fibrösen Bindegewebsbalken der Cutis normaler Weise der Dehnbarkeit der elastischen Fasern entgegen setzen, fast vollständig beseitigt ist, so wird einer solchen Haut die Eigenschaft einer durchaus elastischen Membran verliehen. Ein gleicher Fall ist früher beobachtet worden (Kopp), aber nicht mikroskopisch untersucht worden. --r.--

Lehmann: Ueber eine praktische neue Methode zur raschen Bestimmung der Kohlensäure in der Luft. (Wien. klin. Wochenschr. № 31, 1889).

Auf Veranlassung von L. wurden Vergleiche angestellt zwischen den Resultaten der Pettenkoffer'schen Flaschenmethode und der von Lunge-Zeckendorf angegebenen Methode der Kohlensäurebestimmung der Luft. Die letztere sehr handliche Methode beruht darauf, dass beobachtet wird, wie oft man den Luftinhalt eines ca. 70 Ccm. fassenden Kautschukballons in 10 Ccm. einer $^1/_{500}$ Normalsodalösung hineinpressen muss, um eine Entfärbung der vorher durch Phenophthalein violettroth gefärbten Lösung zu erhalten. Zahlreiche Controlanalysen erwiesen die Methode als sehr brauchbar für rasche Annährungsbestimmung. (Der Fehler betrug ungefähr 10% gegen das Mittel der Analysen nach Pettenkoffer, die vor und nach dem Lunge-schen Versuch gemacht wurden). Bei höherem Kohlensäuregehalte der Luft (3 bis 5‰), wie es in stark mit Menschen besetzten Räumen der Fall ist, erschien es zweckmässig, eine $^1/_{250}$ Normallösung zu benutzen. Der zur Kohlensäurebestimmung nach Lunge-Zeckendorff nöthige Apparat ist für $7^1/_2$ Mark von Desaga in Heidelberg zu beziehen. Hess.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— *Antipyrinlösung zur subcutanen Injection.* Prof. Edlefsen (Mittheil. f. d. Verein Schleswig-Holstein'scher Aerzte 1889, Heft 12, Stück 1) hat eine Lösung von 3,0 Antipyrin in 3,0 Wasser, wie sie gewöhnlich bei subcutanen Injectionen benutzt wird, auf ihr Volumen geprüft und gefunden, dass dasselbe nicht 6 Ccm. sondern nur 5,2 Ccm. beträgt, folglich sind 1 Ccm. der auf diese Weise bereiteten Lösung nicht 0,5, sondern 0,5777 G. Antipyrin enthalten und schlägt deshalb E. vor folgendermaassen zu verschreiben. Rp. Antipyrin 3,0, Aqu. destill. q. s. ad Ccm. VI; ede Spritze dieser Lösung enthält dann genau 0,5 Antipyrin. (Therap. Monatsh. № 9.)

— *Behandlung der Netzhautablösung.* Abadie (Paris) will gute Resultate erzielt haben mit dem von ihm modificirten Schöler'schen Verfahren. Er punctirt die Sclera mit einem breiten Graefe'schen Messer entsprechend dem Centrum der Netzhautablösung, lässt die subretinale Flüssigkeit abfliessen und injicirt durch die Scleralwunde mittelst einer Pravaz'schen Spritze 1—$1^1/_2$ Tropfen (1—$1^1/_2$ Theilstriche) folgender Lösung: Tinct. jod., Aq. dest. āā 5,0, Kal. jod. 0,25, welche weit weniger reizend als die reine Jodtinctur wirkt und keine besonders lebhafte Reaction hervorruft. (Prog. méd. — W. med. Bl. № 3)

— Im Anschluss an die von Münchmeyer (Dresden) in den „Therap. Mon. № 10, 1889" mitgetheilten, erfolgreich mit *subcutaner Kochsalzinfusion* behandelten 8 Fälle von *hochgradiger Anämie* nach Blutverlust (7 Entbindungen, 1 Myomotomie), beschreibt E. Weber (Waadt) einen Fall hochgradiger Anämie bei einem 19-jährigen Mädchen, welches an schwerer Chlorose litt und durch eintretendes Blutbrechen (Ulcus ventriculi?) dem



Tode nahe gebracht war (Zeichen von Lungenoedem, vollständige Anaesthesie, reactionslose Pupillen): subcutane Kochsalzinfusion (6‰) von über 300 Ccm. besserte den verzweifelten Zustand und es gelang durch weitere excitirende und roborirende Behandlung die Pat. zu retten. — E. Haffter fügt einen Fall von Abortus bei einer 43-j. Frau hinzu, bei welcher der aussetzende Radialpuls nach Eingiessung von 600 Ccm. 6‰ Kochsalzlösung in die Peritonealhöhle schon nach 1½ Minuten wieder fühlbar wurde. (Corresp.bl. f. Schweizer Aerzte № 1.)

— Gegen *chronischen Blasencatarrh* empfiehlt Prof. Mosetig (Wien. med. Presse 1889) 1 Esslöffel voll folgender Emulsion. Rp. Jodoform. 50,0. Glycerin. 40,0, Aqua destill. 10,0, Tragacanth. 0,25 in ½ Liter warmen Wassers zu vertheilen und nach vorheriger Reinigung der Blase in dieselbe einzuspritzen; jeden 3. Tag eine Spritze, nach 3—4 Einspritzungen soll der Catarrh geheilt oder gebessert sein. (Therap. Monatsh. № 10).

Vermischtes.

— Nach dem soeben erschienenen *Personalverzeichniss der Universität Dorpat für das I. Semester 1890* weist die *Zahl der Studirenden* in Dorpat im Vergleich zum vorigen Semester einen Zuwachs auf: Sie betrug am 1. Februar d. J. 1748, übersteigt somit die Zahl der Studirenden am 1. September vorigen Jahres um 7. Eine Vermehrung hat in erster Linie wiederum die Zahl der Mediciner (um 21) erfahren, nachdem im vorigen Semester zum ersten Mal ein Rückgang von 18 vorgekommen war. Die Zahl der Medicinstudirenden beträgt gegenwärtig 820, gegen 799 im vorigen Semester. Was die Herkunft der Studirenden anbelangt, so stammt die überwiegende Mehrzahl, nämlich 1086 (gegen 1098 im vorigen Semester), also etwa 62% aller Studirenden, aus den Ostseeprovinzen, aus dem Zarthum Polen 101 (gegen 96), aus anderen Theilen des russischen Reiches 551 (gegen 535) und aus dem Auslande 10 (gegen 12). Nichtimmatriculirte Zuhörer giebt es 7.

In der obersten Leitung der Universität ist eine Personal-Veränderung zu verzeichnen, indem an Stelle des bisherigen Rectors, des Professors der Physiologie Dr. A. Schmidt, auf Grund eines Allerhöchsten Befehls vom 19. Januar d. J. der Professor des römischen Rechts, Dr. Meykow getreten ist. Die medicinische Facultät hat durch den Tod des Professors Dr. E. v. Wahl einen herben Verlust erlitten und ist der Lehrstuhl der Chirurgie noch unbesetzt. Ausserdem hat in der med. Facultät der bisherige langjährige Prosector am anatomischen Institut, Dr. Adam Wikszemski die von ihm bekleidete Stellung aufgegeben.

— Vor Kurzem beging der bekannte Moskauer Augenarzt Dr. S. N. Loshetschnikow sein *25-jähriges Jubiläum* als Ordinator am dortigen Augenhospital, bei welcher Gelegenheit ihm zahlreiche Ovationen zu Theil wurden.

— *Verstorben:* 1) Am 10. Februar in Reval der dortige praktische Arzt und Oberarzt der baltischen Bahn, Wirkl. Staatsrath Dr. Julius Bock an einem Herzübel im 63. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Estland und bezog i. J. 1849 die Universität Dorpat, wo er bis 1855 Medicin studirte. Nach Absolvirung des Arztexamens wurde er jüngerer Ordinator am Marienhospital in Kronstadt, siedelte aber i. J. 1856 nach Reval über, wo er anfangs als jüngerer, dann als älterer Arzt der Revaler Flotten-Halbequipage und zuletzt als Chef des Medicinalwesens im Revaler Hafen fungirte. Im J. 1877 nahm er seinen Abschied als Marinearzt und widmete sich ausschliesslich seiner ziemlich ausgebreiteten Privatpraxis, während er gleichzeitig nur noch die Stellung eines Oberarztes der baltischen Eisenbahn bekleidete. Dr. Bock erfreute sich nicht nur bei seinen Patienten als erfahrener Arzt, sondern auch in weiteren Kreisen durch seinen unerschöpflichen Humor und seine gesellschaftlichen Talente grosser Beliebtheit. 2) In Kiew am 31. Januar der Prosector beim Lehrstuhl der gerichtlichen Medicin an der Kiewer Universität und gleichzeitig auch älterer Ordinator an der psychiatrischen Abtheilung des Kiewschen Militärhospitals, Dr. Nikolai Schtscherbina. Der Verstorbene war auch mehrere Jahre Sanitätsarzt und Vorsitzender der Sanitätscommission in Kiew. 3) Am 21. Januar der ältere Arzt des Festungsbataillons in Georgiewsk A. Protopopow. 4) Der jüngere Arzt des 87. Reserve-Bataill. Arski an Pyämie. 5) Am 16. Februar in Bern der bekannte Psychiater, Prof. Rud. Schaerer, Director der Irrenanstalt im benachbarten Waldau. 6) Zu Brody (Galizien) der seit 1878 pensionirte Professor der Anatomie an der Krakauer und später an der Wiener Universität, Dr. Christian Voigt, im 82. Lebensjahre.

— Zum *Decan der medicinischen Facultät in Kasan* ist der ord. Professor der Histologie, Wirkl. Staatsrath Dr. Carl Arnstein (ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität) *ernannt* worden.

— Die Privatdocenten der militär-medicinischen Academie, Dr. P. J. Multanowski und Dr. N. A. Kruglewski, haben sich, wie der „Wratsch" erfährt, von der Betheiligung am *Concurse* zur Besetzung des durch den Tod Professor Bogdanowski's erledigten Lehrstuhls der chirurgischen Hospitalklinik zurückgezogen.

— In Moskau hat ein Herr *P. G. Schelaputin* 4000 Rbl. S. gespendet zur *Stiftung eines Freibettes auf den Namen des Moskauer Professors der Frauen- und Kinderkrankheiten*, Dr. W. Snegirew, im Moskauer städtischen Krankenhause.

— *Das Executiv-Comité des letzten hier stattgehabten VIII. Congresses russischer Naturforscher und Aerzte* hat entsprechend dem Beschlusse der allgemeinen Versammlung des Congresses folgende Bestimmungen getroffen: 1) Einen Bericht über die wissenschaftlichen Arbeiten des Congresses herauszugeben. 2) Jedes Mitglied des Congresses hat das Recht, ein Exemplar dieses Berichtes zu erhalten. 3) Die Redaction der Arbeiten des VIII. Congresses hat, in Anbetracht dessen, dass die Mittel zur Herausgabe des Berichtes über die Arbeiten des Congresses genau bestimmt und begrenzt sind, die Zahl der in den Sectionssitzungen gemachten Mittheilungen aber eine sehr grosse ist und manche derselben recht umfangreich sind, — dafür Sorge zu tragen, dass das in Aussicht genommene Werk in möglichster Vollständigkeit die wissenschaftlichen Interessen des Congresses berücksichtige, und mit den zum Druck der Arbeiten bewilligten Mitteln in Einklang gebracht werde. 4) Die allgemeine Redaction der Arbeiten des VIII. Congresses ist dem Mitgliede des Executiv-Comités, Professor D. J. Mendelejew übertragen worden, und mit der Redaction der einzelnen wissenschaftlichen Mittheilungen sind die Comité-Mitglieder, welche die Sectionen geleitet, und mit dem Bericht über die Thätigkeit des Executiv-Comités, der allgemeinen und der grossen vereinigten Versammlungen der Secretär des Congresses, Prof. W. W. Dokutschajew betraut worden. 5) Die Manuscripte der auf dem Congresse zum Vortrag gelangten Abhandlungen, welche von den Autoren noch nicht vorgestellt sind, müssen *spätestens am 1. März 1890* unter folgender Adresse eingesandt werden: St. Petersburg, Universität, Professor D. J. Mendelejew. 6) Alle Mitglieder des Congresses werden ersucht, genaue Daten über ihren Tauf- und Familiennamen, Stand, Adresse etc. behufs Zusammenstellung eines genauen Mitgliedsverzeichnisses unter nachstehender Adresse vorzustellen: St. Petersburg, Universität, Mineralogisches Cabinet, Prof. W. W. Dokutschajew.

— Auf Initiative Prof. Leyden's beabsichtigen die medicinischen Gesellschaften Berlins gemeinsame Schritte zur *Errichtung von Sanatorien für unbemittelte Lungenleidende* zu thun.

— Der *neunte Congress der deutschen Gesellschaft für innere Medicin* wird in diesem Jahre, wie wir bereits gemeldet haben, unter dem Präsidium Prof. Nothnagel's in Wien, und zwar vom 15.—18. April n. St. stattfinden. Unter den Thematen, welche zur Verhandlung kommen werden, steht auch eine Discussion über die Influenza, eingeleitet durch einen Vortrag Prof. Bäumler's (Freiburg), auf der Tagesordnung. Unter den zahlreichen Vorträgen, welche bereits angemeldet sind, finden wir auch einen von Doc. Stadelmann in Dorpat: „Ueber die Wirkung der Alkalien auf den menschlichen Stoffwechsel".

— Um das Interesse für den bevorstehenden *X. internationalen medicinischen Congress* in Berlin zu beleben, haben sich in verschiedenen Ländern besondere vorbereitende Comités gebildet. So haben für Italien Prof. Mosso, für London Sir William Mac Cormac, für Holland die Proff. Stokvis, Snellen (Utrecht), Guye und Tilanus (Amsterdam) und noch Andere diese Aufgabe übernommen. Für Russland hat der Präsident des Medicinalraths, Prof. Paschutin, die Bildung eines vorbereitenden Comités zugesagt.

— Prof. Ricard hat von dem französischen Minister des Innern den Auftrag erhalten, in Deutschland die Fortschritte der Chirurgie und die Organisation der chirurgischen Behandlung in den Krankenhäusern der Hauptstädte des Reichs zu studiren. (A. m. C.-Ztg.).

— In dem Befinden Prof. v. Nussbaum's in München soll eine wesentliche Besserung eingetreten sein.

— Der Madrider Arzt Senor Sanchez Ocana, welcher den jungen spanischen König während seiner letzten schweren Krankheit behandelt hat, soll zum Granden von Spanien mit dem Titel eines Marquis oder Grafen ernannt werden.

— Zum Nachfolger des verstorbenen Prof. v. Tröltsch ist dessen Schüler, Privatdocent Dr. Wilh. Kirchner, zum Professor der Ohrenheilkuude und Leiter der otiatrischen Poliklinik in Würzburg ernannt worden.

— Im Verlage von M. Perles wird vom März d. J. ab eine neue Wochenschrift unter dem Titel «*Oesterreichisch-ungarisches Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften*» erscheinen, welches vorzugsweise über die gesammte medicinische Literatur Oesterreich-Ungarns berichten wird. Die Redaction des Blattes haben Docent Dr. Paschkis (Wien) und Dr. Zerner jun. übernommen.

— Uns liegen die soeben erschienenen №№ 1 und 2 der „*Больничная Газета Боткина*" (Botkin's Hospital-Zeitung) vor. Sie bildet eine Fortsetzung der „Jeshenedeljnaja Klinitscheskaja Gaseta" und erfüllt einen, von dem verewigten grossen Forscher lang gehegten Wunsch, dass nämlich gut gemachte Einzelbeobachtungen, welche ja den Grund zu Verallgemeinerungen legen, gesammelt werden. Es herrsche ja das Vorurtheil, dass eine solche Casuistik unnützt sei und vergessen dabei die Aerzte, dass

„die Casuistik die Grundlage der praktischen Medicin und die beste Schule des praktischen Arztes bilde; eine gute Casuistik ersetzt die Klinik, in welcher man die praktische Medicin erlernt". Seine hiesigen Schüler haben diesen Gedanken erfasst und eine Zeitung gegründet, welche solchen praktischen Zwecken dienen soll und aus Pietät gegen den Verstorbenen seinen Namen trägt. Das Programm der Zeitschrift ist folgendes:

1) Originalartikel aus allen Zweigen der klinischen Medicin, den Hilfswissenschaften und dem Hospitalswesen überhaupt.
2) Besprechung von Büchern, welche diesem Programm entsprechen.
3) Sitzungsberichte der russischen und ausländischen medicinischen Gesellschaften.
4) Referate und Uebersichten von bedeutenden Erscheinungen in der russischen und ausländischen Literatur.
5) Kurze Berichte über die Thätigkeit der Hospitäler.
6) Fortschritte und Neuigkeiten aus der Therapie.
7) Kleine Mittheilungen.

Von den 6 verzeichneten Redacteuren (als Hauptredacteur zeichnet N. P. Wassiljew) sind 5 Oberärzte an verschiedenen Spitälern, der 6. ist der Sohn des Verstorbenen. Diese Thatsache bürgt dafür, dass das massenhafte, in den Hospitälern vorhandene und meist verkommende Material gehörig bearbeitet und damit nutzbringend werden wird.

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 11. Februar d. J. 5832 (125 weniger als in der Vorwoche), darunter 170 Typhus- (11 weniger), 610 Syphilis- (28 weniger), 117 Scharlach- (3 mehr), 82 *Influenza*- (1 weniger), 77 Masern- (19 weniger), 7 Diphtherie- (9 weniger) und 5 Pockenkranke (3 mehr als in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 4. bis 10. Februar 1890.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
331	229	560	99	52	104	15	7	16	61	60	43	41	34	19	9	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 6, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 0, Masern 20, Scharlach 25, Diphtherie 13, Croup 3, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 32, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 13, Tuberculose der Lungen 123, Tuberculose anderer Organe 9, Alcoholismus und Delirium tremens 0, Lebensschwäche und Atrophia infantum 41, Marasmus senilis 17, Krankheiten des Verdauungscanals 42, Todtgeborene 29.

☞ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 20. Februar 1890.

☞ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 12. März 1890.

Дозв. ценз. Спб. 16 Февраля 1890 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.

XV. Jahrgang. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,

St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 8 St. Petersburg, 24. Februar (8. März) 1890

Eine Antifebrinvergiftung [1])

von.

Dr. A. Hartge (Dorpat).

Nachstehende Beobachtung verdient Interesse, weil enorme Quantitäten Antifebrin ohne wesentlich tiefgreifende Störungen der Gesundheit vertragen wurden.

Herr Stud. A. B. 24 a. n. kam am 19. Nov. 1889 um $^1/_2$6 Uhr Morgens angeheitert nach Hause, nachdem er auf einem Zechgelage 6 bis 8 Glas Cognacpunsch und gegen 6 Flaschen Bier vertilgt hatte. Trotz dieses reichlichen Alcoholconsums hegte er die Befürchtung, nicht ordentlich schlafen zu können; um dem vorzubeugen ergriff er ein Kästchen Antifebrin, enthaltend eine Unze, und verspeiste den Inhalt desselben der Art, dass er immer einen Theelöffel voll in den Mund schob und mit einigen Schluck Wasser hinabspülte. solches wiederholte er so lange bis das Kästchen leer war. Den letzten Rest von Antifebrin, welcher sich dem Theelöffel entzogen hatte, stülpte er direct auf die Zunge. Nach dieser Mahlzeit legte er sich befriedigt zur Ruhe und schlief fast 3 Stunden. Um 9 Uhr Morgens erwachte er und fühlte leichtes Sodbrennen, wogegen er $^1/_2$ Theelöffel stets bereitstehender Soda zu sich nahm; das Sodbrennen legte sich und Herr B. schlief ruhig bis 1 Uhr Mittags. Jetzt erwachte er abermals und verspürte eine eigenartige ihm völlig unbekannte Unruhe, Herzklopfen; er trank ein Glas Wasser, legte sich wieder hin in der Absicht, die Unruhe zu verschlafen, wälzte sich im Bett hin und her, schlief auch wieder ein, aber mit Pausen, sehr unruhig und mit wüsten ängstigenden Träumen. Er hatte einige Male Uebelkeiten und Brechneigung, auch Würgen, doch erfolgte kein wirkliches Erbrechen. Da die innere Angst und das Unbehagen, namentlich das Herzklopfen sich fortwährend steigerten und um 3 bis $^1/_2$4 Uhr Nachmittags nachgerade unerträglich wurden, so stand es bei ihm fest, dass dieser ganze Zustand kein Katzenjammer, sondern durch Antifebrin hervorgerufen sei. Er rief seine Hausleute, welche natürlich nicht wenig erschreckt waren, als sie an Stelle des sonst normal gefärbten jungen Mannes einen eigenthümlich blau tingirten vorfanden; sie suchten schleunigst ärztliche Hilfe. Um 4 Uhr Nachmittags war ich zur Stelle und konnte Folgendes constatiren:

Sehr kräftig gebauter junger Mann mit reichlichem Fettpolster und kolossal entwickelter Musculatur. Auf Befragen giebt Patient vollkommen klar die obige Auskunft, die Sprache durch Athemnoth unterbrochen und erschwert; er klagt über kurzen Athem, namenlose innere Beängstigungen und Herzklopfen, welche ihn keine Ruhe finden liessen, über leichten Kopfschmerz und Brausen und Klingen in den Ohren, ferner noch über Trockenheit und Kratzen im Halse. Die willkürliche Muskelthätigkeit ist völlig erhalten, desgleichen die Sensibilität in ganzem Umfange. An den Pupillen nichts Besonderes, sie sind von gewöhnlicher Weite, reagiren gut und präcise. Der Körper, das Gesicht, die Hände und Füsse fühlen sich normal warm an, Temperatur 37,2. Der ganze Körper des Patienten ist eigenthümlich intensiv blau verfärbt. Die Blaufärbung ist allenthalben, nur in verschiedenen Nüancen zu sehen, am schwächsten an den unteren Extremitäten, am stärksten im Gesicht, welches dunkelblau, am Oberkörper, Bauch, Brust und Oberextremitäten. Einige Stellen sind vollkommen blau-schwarz mit einem Stich ins schmutzig Graue (Negerfarbe), so namentlich die Nägel, von welchen die Fussnägel etwas heller, ferner die Lippen ganz besonders dunkel blau-schwarz, die Augenlider, das Kinn, die Schläfengegend. An der Verfärbung betheiligen sich gleichfalls die sichtbaren Schleimhäute der Augen, des Mundes, des Rachens, der Zunge. Eine besondere Gedunsenheit der blaugefärbten Körpertheile, wie etwa solche im starken asthmatischen Anfall oder bei Comatösen zu sein pflegt, lässt sich nicht bemerken. Ueberhaupt macht die Verfärbung nicht den Eindruck einer Cyanose. Drückt man auf die verfärbten Partien mit dem Finger, so entsteht wohl durch vorübergehende Blutleere ein hellerer Farbenton, doch verschwindet der Grundton, blaugrau oder blau-schwarz nicht. Auch an den Fingernägeln lässt sich die Verfärbung durch Druck wohl bedeutend aufhellen, nicht aber ganz zum Schwunde bringen. Der Puls zählt 160 Schläge in der Minute und mehr, ist leicht wegdrückbar, aussetzend, die Arterie von sehr schwacher Spannung, schwache und stärkere Schläge wechseln beständig, ohne dabei einen besondern Typus zu beobachten. Der Spitzenstoss des Herzens im 5-ten Rippenraum ist weder sicht- noch fühlbar; das Herz nicht wesentlich vergrössert. Die Herztöne rein, sehr schwach. Die Herzcontractionen in beängstigendem Grade unregelmässig und aussetzend. Weder Pulsatio epigastria noch Undulation der Halsvenen. Athmung 35—40 in der Minute, dyspnoisch, das Sprechen erschwert, kein Husten. Grenzen der Lungen normal, Athmungsgeräusche normal vesiculär, in den unteren Lungenpartien hinten etwas verschärft. Das Abdomen von mässiger Füllung, jugendlich elastisch, überall ohne Schmerzen eindrückbar, namentlich ruft der Druck auf die Magengrube keinen Schmerz und Unbehagen hervor. Die Zunge feucht, etwas belegt. Rachen und Tonsillen chronisch entzündlich geschwellt. Pat. fühlt leichtes Kratzen im Rachen und Schlunde. Er ist sehr unruhig, wälzt sich im Bett hin und her ohne Ruhe zu finden, klagt über grosse Ermattung und Schlafbedürfniss, ohne aber schlafen zu können, da die Beängstigungen, die Unruhe, das Herzklopfen, kurz das Vorgefühl des herannahenden Endes, wie er meint, ihm keine Minute Ruhe gönnten. Auf Befragen sagt er mit der vollsten Bestimmtheit aus, er habe bisher nicht erbrochen, wohl etwas Würgen gehabt, jedoch ohne Effect. Auch lassen sich im Zimmer und im Bett beim sorgfältigsten Suchen keinerlei Spuren eines stattgehabten Brechactes constatiren. Die Antifebrinschachtel war vollkommen leer. Pat. sagt noch aus, er habe vor einiger Zeit 30 Grm. Antifebrin in einer Droguenhandlung käuflich erstanden, von dieser Masse vorher 1—2 Messerspitzen etwa höchstens 1—2 Grm. verbraucht und den Rest, also 28—29 Grm. auf die oben geschilderte Weise zu sich genommen. Er wies die Annahme, ein Theil des Antifebrins verschüttet oder erbrochen zu haben mit vollster Bestimmtheit zurück. Bevor ich zur Schlundsonde griff, gab ich dem Patienten ein Glas Rothwein, welches zufällig rasch herbeigeschafft werden konnte, nach wenigen Secunden schon wurde es vollständig

[1]) Nach einem Vortrage gehalten im ärztlichen Verein zu Dorpat.

erbrochen und es erfolgte noch starkes Würgen und Erbrechen von galligem Schleim, eine Glaubersalzlösung nahm denselben Weg, nachher wieder starkes Würgen von galligen Substanzen; gleich darauf erfolgte Stuhlgang von gewöhnlicher Farbe und Consistenz, auch eine Harnentleerung. Leider wurden die Abgänge in ein und dasselbe Nachtgeschirr deponirt und dadurch für Untersuchungszwecke untauglich gemacht. Da der Magen durch die Brechacte notorisch leer war und jetzt reichlich 11 Stunden nach der Einnahme verflossen waren, sah ich von einer Ausspülung des Magens ab. Pat. befand sich durch diese Vorgänge in völliger Prostration, Athmung sehr beschleunigt, Puls unzählbar, glaubt sein Ende nahe. Eine kalte Compresse auf die Herzgegend bringt den Puls bald auf 130 herunter und schafft dem Kranken relative Ruhe. Innerlich erhält er jetzt starken Kaffee mit Cognac. Bei jeder Bewegung tritt sofort Pulsbeschleunigung auf und Dyspnoe, in vollkommener Ruhe und Rückenlage fühlt er sich mit der kalten Compresse auf dem Herzen ziemlich frei von Beschwerden, der Puls fällt auf 120, die Dyspnoe legt sich. Nach einer halben Stunde wird das erste Glas Kaffee mit Cognac erbrochen und melden sich darnach wieder Beängstigungen, unregelmässiger Puls etc., die in der Ruhe bald nachlassen; Patient fühlt sich leidlich wohl, nur nach Brechacten, welche sich in der Folge noch mehrfach wiederholen, sehr beängstigt. Innerlich erhält er weiter Kaffee mit Cognac und eine starke Glaubersalzlösung. Gegen Abend nimmt die Blaufärbung noch intensiveren Charakter an, das Gesicht sieht jetzt vollkommen blau-schwarz aus. Um $^1/_2$8 Uhr Abends werden spontan ca. 200 Ccm. Urin entleert; derselbe ist klar, frei von Eiweiss, dunkel-gelb gefärbt, der Schaum desselben vollkommen weiss. Zur genaueren Analyse wird derselbe im pharmaceutischen Institut Herrn Prof. Dragendorff übergeben. Pat. erhält ein Klystier mit Glaubersalzlösung, welches er fürs Erste bei sich behält. Um 8 Uhr Abends ein warmes Bad von 30° R., im Bade wieder Kaffee mit Cognac, fühlt sich im Wasser recht wohl. Nach dem Bade Eisbeutel aufs Herz, es tritt leichte Transspiration ein. Puls 96. Die Antworten sind klar, lässt man ihn unbehelligt, so macht sich leichte Somnolenz bemerkbar, ohne dass wirklicher Schlaf sich meldet. Nach einem Brechacte um 9 Uhr Abends, wobei sich flüssiger bräunlicher Koth (Glaubersalzwirkung) und Urin unwillkürlich ins Bett entleeren, steigt der Puls von 100 auf 140, wird aussetzend; eine Campher-Aetherinjection setzt ihn auf 92 herab. Im Allgemeinen macht der Zustand jetzt nach Verlauf von 16 Stunden keinen eigentlich Besorgniss erregenden Eindruck. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes zeigt keine Veränderungen: Geldrollen sind sehr exact und schön ausgebildet, Detritus und Pigmentschollen sind nicht zu sehen, desgleichen keine Stromata. Die Farbe des Blutes ist dunkel-blau-roth. In der Nacht liegt Patient in leidlichem Wohlbefinden ruhig da; um 12 Uhr wieder Erbrechen und Stuhlgang; gleichfalls Stuhlgang um 2 Uhr Nachts. Er bekommt alle 2—3 Stunden eine Spritze Campher mit Aether. Der Puls variirt ausserordentlich, um 11 Uhr ist er beispielsweise 160, nach Campher sinkt er auf 100 herunter, um 1 Uhr sind nur 68 Schläge in der Minute, dabei aussetzend und sehr schwach, eine Injection veranlasst ihn auf 108 zu steigen. Von 3 Uhr Morgens an ist der Puls constant 100—110. Erst um $^1/_2$5 Uhr Morgens verfällt Patient in leichten Schlummer von einstündiger Dauer, aus welchem erwacht er sich sehr gekräftigt fühlt. Am Morgen nimmt er reinen Kaffee bereits mit einigem Appetit zu sich. Die Blaufärbung hat stark nachgelassen und verschwindet im Laufe des Tages fast ganz. Patient fühlt sich noch angegriffen, aber doch schon so wohl, dass von jetzt ab jede Gefahr ausgeschlossen erscheint. Im Urin des ersten und zweiten Tages konnte Prof. Dragendorff reichlich unzersetztes Antifebrin (Acetanilid) nachweisen, auch einige Spaltungsproducte desselben. Im Uebrigen wies der Urin nichts von der Norm Abweichendes auf, keine nennenswerthen Sedimente, kein Eiweiss, keinen Blutfarbstoff; letzterer auch spectroskopisch nicht nachweisbar; keine Gallenfarbstoffe. Auch im Urin des 3-ten Tages konnte Prof. Dragendorff das Acetanilid in geringen Spuren nachweisen. Im Verlauf der ganzen Reconvalescenz — ich habe den Urin ca. 14 Tage lang controlirt, liess sich denn auch bis auf gelegentliche Schleimwolken und spärliche Epithelien nie etwas Abnormes nachweisen, namentlich keine Gallenbestandtheile und kein Eiweiss. Am 3. Tag verlässt Patient das Bett fühlt sich fast ganz gekräftigt, die Blaufärbung ist total geschwunden, die Conjunctivae bulbi haben einen leichten icterischen Anflug. Am 4. Tage ist auch die leichte icterische Färbung der Conjunctiven fort. Das Aussehen des Herrn B. ist noch kein ganz normales, seiner Umgebung fällt noch eine gewisse fahle Blässe auf mit einem Stich ins Wachsgelbliche, Anämische. Die Conjunctivae bulbi sind jetzt rein weiss. Die Reconvalescenz geht glatt vor sich. An der Leber, der Milz, dem Magen sind keine Veränderungen zu beobachten gewesen. Eine Blutprobe vom Morgen des 3-ten Tages durch Schröpfen entnommen wies nichts Bemerkenswerthes auf; die Gerinnung ging in normaler Zeit vor sich, das Serum und der Blutkuchen waren von gewöhnlicher Farbe. Die Spectralanalyse wurde leider verabsäumt, doch ist es wahrscheinlich, dass man hierbei nichts Besonderes gefunden hätte.

Wir sehen aus Obigem, dass die Einnahme von einer Unze Antifebrin auf kurze Zeit wohl stark beunruhigende Symptome — Blaufärbung, grosse Herzschwäche, Dyspnoe hervorrief, im Allgemeinen aber keine tieferen und nachhaltigeren Störungen des Organismus zu veranlassen im Stande war. Da das Antifebrin oder chemisch Acetanilid gewonnen wird, indem man einfach Anilin oder Anilinoel mit Essigsäure in einem Kolben einer vorgeschriebenen Procedur unterwirft (und zwar gewinnt man aus 100 Theilen Anilin + 100 Theilen Essigsäure 120 Theile Antifebrin; zur Bereitung von 30 Grm. Antifebrin sind also erforderlich etwa 25 Grm. Anilin + 25 Grm. Essigsäure), so wartete ich mit einiger Gewissheit auf dieselben Symptome der Vergiftung, wie sie neulich Dehio in der Berliner klin. Wochenschrift 1888 bei Gelegenheit einer Vergiftung mit 10 Grm. Anilinoel in klarer und exacter Weise nach allen Seiten hin beleuchtet hat. Ich hebe nur die hervorspringenden Symptome der Dehio'schen Anilinvergiftung hervor: Blaufärbung der Haut und Schleimhäute, tiefes Coma von einigen Tagen, Unregelmässigkeit und Beschleunigung der Athmung, Pulsbeschleunigung, Anilingeruch aus dem Munde, Fehlen des Bewegungsvermögens, tiefe Sensibilitätsstörung, später Icterus mit seinen Symptomen, nachträglich hochgradige Anämie, Albuminurie, Hämoglobinurie — kurz eine Reihe von Symptomen schwerer Störungen der Gesundheit. Von diesem typischen Bilde der Anilinvergiftung hatten wir in unserm Fall nur die Blaufärbung, die Beschleunigung der Athmung und des Pulses, später noch leichten Icterus, die Störungen des Sensoriums fehlten abgesehen von einer sehr leichten Somnolenz ganz, ferner fehlten die schweren Erscheinungen der Blutzersetzung, der Zerstörung der rothen Blutkörperchen. Ausgesprochen und sehr hervortretend, hier in höherem Grade als bei der Anilinvergiftung, waren die Beeinträchtigungen der Herzthätigkeit; überhaupt war das Herz das einzige Organ, welches unsere Aufmerksamkeit bei der Behandlung in Anspruch nehmen konnte und ernstere Symptome aufwies. Dass etwa 10 Grm. Anilin nach Dehio so schwere Erscheinungen hervorzurufen im Stande waren, scheint erklärlich, da wir wissen, dass das gewöhnliche Anilinoel, wie es zu Färbungszwecken der Tuberkelbacillen benutzt wird, selten rein ist, sondern gewöhnlich ein Gemisch von verschiedenen Derivaten des Anilins darstellt, der Nitraniline, der Alcoholaniline und der Säureaniline, auch fehlen selten die Toluidine, und speciell den Toluidinen spricht man sehr giftige Eigenschaften zu. Der Umstand dagegen, dass 28—30 Grm. Antifebrin, zu deren Gewinnung 25 Grm. Anilin erforderlich waren, so geringe Schädigungen bewirkten, entzieht sich fürs Erste einer genügenden Erklärung und möchte ich diese Beobachtung auch nur als Unicum ansehen, ohne weitere Folgerungen in betreff einer eventuellen Unschädlichkeit dieses Mittels zu ziehen. Besonders in letzter Zeit haben sich Berichte über unangenehme und Besorgniss erregende Erscheinungen nach Verordnung schon geringer Dosen gehäuft, und ein jeder wird in seiner Praxis ähnliche Erfahrungen gemacht haben, auch sind bereits Todesfälle nach Einnahme medicinischer Dosen beobachtet worden. Das mahnt zur Vorsicht. Das Antifebrin ist eine sehr feste chemische Verbindung, spaltet sich sehr schwer in seine Componenten, Anilin und Essigsäure, letzteres auch nur, falls eine stärkere Säure, wie etwa Salzsäure bei hoher Temperatur längere Zeit auf dasselbe einwirkt. Im Magen findet also so gut wie gar keine oder nur sehr geringe Spaltung statt, es geht als solches gelöst in den Säftestrom und wird gleichfalls unzersetzt, wenigstens zum grossen Theil, ausgeschieden, wie Dragendorff im Urin unseres Patienten nachwies. Näheres über die Frage der Ausscheidung bleibt natürlich dem Thierexperimente anheimgestellt. Je reiner das Antifebrin, um so unschädlicher ist es, namentlich darf es kein Toluidin und andere Verbindungen der Anilingruppen enthalten, weil gerade diese Verunreinigungen verhältnissmässig leicht abgespalten werden und dann ungehindert



ihre zerstörende Wirkung auf das Blut entfalten können. Es ist also wahrscheinlich, dass in unserem Falle ein sehr reines Präparat gebraucht worden ist. Ferner spielt nach allgemeiner Auffassung nächst der Reinheit des Präparates die Individualität eine grosse Rolle. Die Fabrikation der Anilinpräparate leidet aber bei sonst zuverlässiger Technik verhältnissmässig sehr unter Eventualitäten, die sich auch beim besten Wissen nicht stets vermeiden lassen und ist der Fabrikant selbst oft garnicht im Stande, die absolute Reinheit des Antifebrins zu garantiren. Letzterer Umstand hat entschieden viel Missliches und glaube ich daher, dass etwas mehr Vorsicht bei Verordnung dieses Mittels geboten erscheint, namentlich wo es bei chronischen Leiden, wie Migräne der Blutarmen etc. häufiger in Anwendung gezogen wird.

Zur Casuistik der respiratorischen Hysterie.

Ein Fall von hysterischem Husten.

(Mitgetheilt am 11. November 1889 in der medicin. Gesellschaft zu Jelissawetgrad.)

Von

Dr. R. Kutscherski.

Das Studium der Hysterie hat, Dank vorwiegend den Arbeiten Charcot's und seiner Schüler, in der letzten Zeit gewaltige Fortschritte gemacht. Es zeigten sich unendlich mannigfaltige Formen, unter welchen diese Neurose auftritt, — Formen, die bis noch vor nicht allzulanger Zeit mit Affectionen verwechselt wurden, welche theils auf anatomischen Veränderungen des Körpers, theils aber auf chirurgischen oder inneren Krankheiten beruhen sollten; wurden die hysterischen Erscheinungen auch auf das Nervensystem bezogen, so sollte dieses anatomisch und nicht functionell erkrankt sein. Ich halte es für überflüssig, von den traurigen Folgen einer solchen Begriffsverwirrung zu reden, welche sowohl die Prognose, als auch die Therapie schädlich beeinflusste. Auch die Diagnose der Hysterie ist wesentlich verändert worden; es genügen nicht mehr die früheren Fragen nach Lachen und Weinen, es sind exacte Methoden zur Untersuchung der Hautsensibilität, der Sinnesorgane, des Gesichtsfeldes u. A. ausgearbeitet worden, wobei sich eine solche Beständigkeit dieser Symptome ergab, dass sie stigmates hystériques genannt wurden und werthvolle, genaue objective diagnostische Merkmale, besonders bei localisirter Hysterie darstellen. Dadurch wird der Nachdruck erklärlich, welchen Charcot beständig auf die Erscheinungen der örtlichen Hysterie legt, und der Eifer, mit dem er empfiehlt, nicht mehr, wie es leider bis jetzt geschah und theilweise noch geschieht, die hysterischen Erscheinungen als Product der Vorstellung aufzufassen, ein Verfahren, das er als «produit de l'ignorance des médecins» kennzeichnet.

Ist uns auf diesem Gebiete durch die Bemühungen Charcot's und seiner Schüler eine stattliche Reihe der verschiedenen Formen localer Hysterie bekannt geworden, so ist doch die an den Respirationsorganen sich abspielende, von Huchard hystérie respiratoire genannte Form weniger bearbeitet worden, so dass ich es nicht für überflüssig halte, einen Fall zu beschreiben, in welchem die krankhaften Erscheinungen von Seiten der Luftwege — Husten und Schnucken — ganz isolirt auftreten und durch den eigenartigen Charakter des mit Schnucken combinirten Hustens, die Anwesenheit hysterischer Stigmata und den Mangel irgend welcher Veränderungen der Respirationsorgane, als hysterische erkannt werden konnten, obgleich allgemeine hysterische Symptome fehlten.

Am 30. October 1889 um 12 Uhr Mittags erschien bei mir eine Kranke mit einem eigenthümlichen Husten, der bereits vor ihrem Eintritte in meine Wohnung auf dem Hofe hörbar war, während des Durchschreitens eines zu meinem Cabinete führenden Corridors fortdauerte und erst dann aufhörte, als Pat. auf die an sie von mir gestellten Fragen antworten musste; der Husten verschwand, die Stimme war klar, ohne Spur von Heiserkeit. Der Paroxysmus hatte 10—12 Minuten angehalten, der Husten selbst unterschied sich scharf von allen andern möglichen Hustenformen durch sein Timbre und seinen Rhythmus; ersterer war grob, bellend, letzterer war ununterbrochen, mit unerträglicher Regelmässigkeit, gleich dem Pendelschlage einer Uhr und dauerte, wie aus der Anamnese ersichtlich, drei Tage; nur im Schlafe hörte er auf. Dabei keine Cyanose, kein Auswurf und trotz der Stärke und der Dauer des Hustens keine Ermüdung; dabei wurden bei jedem Hustenstosse die Lippen geschlossen und die Wangen aufgebläht. Auf den ersten Blick erkannte ich, dass hier ein nervöser Husten vorliege, stellte der Kranken einige Fragen und verlangte bestimmte Antwort, um den Charakter der Stimme und ihr Verhältniss zur Sprache zu erkennen. Die Stimme erwies sich vollständig klar und hörte der Husten während der Unterredung ganz auf; es gelang mir, durch Ablenkung der Aufmerksamkeit und durch Reden über gleichgültige Dinge den Husten bei der Kranken zu sistiren; endlich legte ich, behufs psychischer Behandlung, die Elektroden eines Inductionsapparats zu beiden Seiten des Kehlkopfs an und liess, indem ich ausrief: „jetzt hört der Husten auf", einen mittelstarken Strom durchfliessen. Nach Aufhören des Stroms fragte ich die Kranke, ob sie das Bedürfniss, zu husten, hätte, sie antwortete: nein; um die Dauer dieser Art Suggestion zu bestimmen, behielt ich die Kranke 2 Stunden bei mir, von Husten war keine Rede.

In dieser Zeit untersuchte ich sie und fand Folgendes: 14-jähriges Dienstmädchen, mit kastanienbraunem Haar, rothen Wangen, gut entwickelt, mit reichlichem Fettpolster und von starkem Muskel- und Knochenbau, Haut normal gefärbt, ohne Cyanose, Oedem, Ausschlag, T. nicht erhöht, die Lymphdrüsen nicht vergrössert. Mundhöhle und Rachen gesund, beim Einführen des Laryngoskops ergiebt sich Herabsetzung der Empfindlichkeit im Rachen, besonders an dessen linker Hälfte, dadurch sehr leichte Untersuchung des Kehlkopfes. Es fand sich, dass der beinahe aufrecht stehende Kehldeckel von normaler Gestalt, Form und Färbung war; die inneren Theile des Larynx waren gesund, nur erschienen die wahren Stimmbänder etwas feuchter als gewöhnlich und erschienen desshalb glänzender, führten aber ihre entsprechenden Bewegungen ganz normaler Weise aus. Die Brustorgane gesund, Resp. 24, Puls 78; Herz, Gefässe und Unterleibsorgane gleichfalls normal. Das Muskelsystem weist keine Abweichung von der Norm auf, der Patellarreflex wird leicht hervorgerufen, der Fussclonus aber nicht, dagegen tritt beim Beklopfen des unteren Theils des rechten Radius eine Art Handclonus, ein mehrere Secunden anhaltendes Erzittern der entsprechenden Hand auf, welches links nicht hervorgerufen werden kann. Vollständige Anästhesie der ganzen linken Körperhälfte für Schmerz, Berührung und Temperatur; am Rückgrat sind der 2.—5. Brustwirbel druckempfindlicher als die anderen Wirbel; einmal trat bei Druck auf die empfindlichen Wirbel ein Anfall von Schnucken ein. Die linke Zungenhälfte schmeckt weder Chinin, noch Zucker, noch Salz, noch verdünnte Salzsäure, während die rechte Zungenhälfte normale Geschmacksempfindung besitzt; charakteristisch ist es, dass die Kranke, wenn sie, besonders nach Chinin, ausspeit und sich den Mund wischt, sie es nur auf der rechten Zungenhälfte ausführt, ohne die linke zu berücksichtigen. Tinct. valeriana und Asa foetida werden nur von der rechten Nasenhälfte gerochen, das Gehör auf dem linken Ohr (Prüfung mit Uhr und Stimmgabel) fehlt. Der Muskelsinn scheint nicht gestört zu sein, die Versetzung der einen Extremität in die Stellung, welche der anderen bei Lidschluss gegeben worden ist, geschieht richtig, wenn auch zuweilen langsamer als nöthig. Keine Coordinationsstörungen, das Brach-Romberg'sche Symptom ist nicht vorhanden; die Psyche ist normal, nur ist die Kranke geneigt bei geringfügigen Anlässen anhaltend zu lachen.

Anamnese. Die Kranke hat 2 Brüder und 2 Schwestern, der eine Bruder ist schwindsüchtig, sie selbst hat vor einigen Jahren die Masern durchgemacht, in der Familie giebt es weder Nerven- noch Geisteskrankheiten. Der Vater hat die Familie verlassen, sein Aufenthaltsort ist unbekannt; von einem Bekannten desselben erfuhr ich, dass er sehr reizbar und im Stande gewesen war, einer geringfügigen Ursache halber einen Menschen zu tödten; die Mutter liess sich ihr Lebenlang behandeln und starb plötzlich, als sie, bei einem Hause vorübergehend, einen Revolverschuss erhielt, den ein Knabe unabsichtlich aus dem Fenster, Scherzes halber, ohne die Frau zu bemerken, abfeuerte. Die Kranke selbst ist noch nicht menstruirt; ausser den oben erwähnten Masern ist sie nie krank gewesen. Vor 3 Tagen ist sie erkrankt, nachdem sie Abends barfuss bei kaltem feuchtem Wetter in den Hof gegangen war; sie begann in erwähnter Weise zu husten, der Husten wurde zeitweilig von lautem Schnucken unterbrochen und hörte erst nach dem Einschlafen auf, dauerte den folgenden Tag ohne Nachlass fort und wurde von Zeit zu Zeit durch 1—2 stündiges, äusserst lautes Schnucken unterbrochen; allgemeine hysterische Anfälle waren nicht vorhanden gewesen.

Der weitere *Verlauf* war folgender: Am Tage der Faradisation hustete die Kranke gar nicht, am darauf folgenden Tage aber wieder ohne Unterbrechung, was einige Tage anhielt. Später veränderte sich der Charakter des Hustens, er wurde weniger anhaltend aber stärker, trat Tags über zu bestimmten Stunden ein und zwar von 4—8 Uhr Abends, die Hustenstösse waren äusserst



heftig und von lautem Schnucken unterbrochen, sonst hustete sie sehr wenig und fühlte während der Paroxysmen Schmerz in den Fingern der rechten Hand. Später traten 1—2—3stündige Hustenanfälle mehrmals täglich auf, jeder derselben zeigte constant folgende Momente: Anfangs 6—8 ununterbrochen auf einander folgende Hustenstösse, darauf laute, schluchzende Inspiration, dann wieder 6—8 Stösse, Inspiration; nach 5—6 maliger Wiederholung dieses Cyclus hört der Husten auf und erscheint Schnucken, dann wieder Husten, Schluchzen, Schnucken u. s. w. Am 22. November traten die Regeln zum ersten Male ein und dauerten 2 Tage, ohne die Krankheit besonders zu beeinflussen. Allmälig wurde der Husten seltener, es traten hustenfreie Tage, 1—2, auf, dann hustete die Kranke wieder, aber nur 1—2 Stunden lang, an manchen hustenfreien Tagen schnuckte sie, an 2 solcher Tage konnte man eine Rückkehr zur Norm der Sensibilität an Haut und Sinnesorganen (das Gesichtsfeld blieb eingeschränkt) constatiren, doch trat mit Rückkehr des Hustens auch die volle Hemianästhesie wieder auf. Am 23. November erkrankte Pat. in Folge einer Erkältung an leichter Bronchitis und da konnte man deutlich zwei Arten Husten erkennen, einen trockenen, starken, bellenden, lange anhaltenden, nervösen und einen feuchten, bronchitischen; die Bronchitis heilte in 4—5 Tagen. Während der ganzen Beobachtungszeit gelang es mir nicht, durch Druck auf die Ovarien oder die empfindlichen Brustwirbel die Hustenanfälle zu coupiren, wohl aber gelang mir dieses sofort oder nach Verlauf von 1—2 Minuten durch Faradisation der Kehlkopfsgegend mit dem Pinsel. Die subjectiven Beschwerden der Kranken, unwiderstehliche Neigung zu husten und das Gefühl von Zusammenschnürung im Rachen, kann man vielleicht als unvollkommen entwickelten Globus hystericus auffassen.

Als *ursächliche* Momente der Erkrankung mögen die traurigen Familienverhältnisse, das Verschwinden des Vaters, der grässliche Tod der Mutter und die darauf folgende Zeit der Noth und Entbehrung gewirkt haben; eine wichtige Rolle mag die Erblichkeit von Seiten des Vaters gespielt haben; endlich ist auch das Auftreten der Menstruation zu berücksichtigen. Alle diese Momente bildeten die Prädisposition für die Hysterie, welche durch die Erkältung hervorgerufen wurde. Wie hätte man sich nun den Zusammenhang der Erkältung mit dem hysterischen Husten zu erklären? Vielleicht hatte die Erkältung eine so leichte Laryngitis hervorgerufen, dass sie in den 3 Tagen vor meiner Untersuchung bereits spurlos verschwunden war; der Husten aber wurde in Folge der prädisponirenden Momente nervös und, nachdem sich zu ihm die anderen hysterischen Erscheinungen — die Stigmata — hinzugesellten, auch hysterisch und bestand selbstständig weiter. Ich glaube dazu berechtigt zu sein, meinen Fall der respiratorischen Hysterie einzureihen, weil der eigenartige Husten und das Schnucken die einzigen localen Symptome der Hysterie von Seiten der Athmungsorgane darstellten, in der Folge aber keine allgemeinen Symptome der Krankheit auftraten.

Die Behandlung war, neben der faradischen Geisselung vorwiegend eine psychische, Kalium bromatum, Morphium u. a. blieben wirkungslos.

Als Litteraturquellen habe ich benutzt:

Eichhorst, Handb. d. speciell. Path. u. Therapie 1885, Cap. Tussis laryngea und Hysterie.

Strümpell's Handbuch in der russischen Uebersetzung.

Niemeyer's Handbuch, bearb. von Seitz, russische Uebersetzung.

Hasse, Virchow's Handbuch 1855.

Jaccoud, Pathologie interne T. 1 } in russisch. Uebersetzung.
Charcot, Maladies nerveuses }

" Artikel über locale Hysterie nach Referaten in Mendel's neurolog. Centralbl. der letzten 2 Jahre.

" poliklinische Vorlesungen in Практическая медицина 1889.

Huchard, Respirator. Hysterie (Allgem. medic. Centralztg. 1888. S. 769).

Rosenbach, O., über nervösen Husten und seine Behandlung (Allgem. medic. Centralz. 1888. S. 644).

E. Laurent, über Hysteria pulmonalis (Allgem. med. Centralz. 1889. S. 956).

Fosano, Beitrag zur Lehre der Chorea laryngis (Monatsschr. für Ohrenh. 1887. p. 287). Ich führe diese Arbeit an, weil einige Autoren den nervösen Husten als Chorea laryngis bezeichnen.

Masucci, Zwei Fälle von Chorea laryngis. (Monatssch. für Ohrenh. 1889. S. 141).

Ziemssen's „Nervöser Husten" (Spec. Pathol. und Therap. Bd. IV, S. 372).

Gottstein, die Krankh. des Kehlkopfs. 1882. S. 197.

Störck, Klinik der Kehlkopfskrankh. 1880. S. 549.

Referate.

Hill: Die Gruppirung der Hirnnerven. (Brain 1888, Jan.)

Nach Hill hat jeder spinale Nerv 4 Ursprünge, 1 sensiblen aus der hinteren Wurzel, 2 motorische im Vorder-Seitenhorn und 1 vasomotorischen aus der Clarke'schen Säule; die letzten 3 treten in der vorderen Wurzel aus; hiernach kann man die Nervenursprünge im verlängerten Marke mit denen im Rückenmarke in Analogie bringen. Im Halsmarke schon trennt sich der Ursprung aus dem Seitenhorn als Accessorius spinalis ganz von der vorderen Wurzel ab, sein Kern bildet später den motorischen Kern des Vago-glossopharyngeus und setzt sich in den Facialis und motorischen Trigeminuskern fort. Die aus den Fortsetzungen der Vorderhorngangliengruppe hervorgehenden Hirnnerven sind Hypoglossus, Abducens, Trochlearis und Oculomotorius. Die Clarke'sche Säule endigt nach Ross in dem grossen Vagus resp. Vagoglossopharyngeuskern und den Ursprungsstätten für die Portio intermedia, das Hinterhorn setzt sich in die aufsteigende Quintuswurzel fort, welche wohl auch die sensiblen Fasern für den Vagus und Glossopharyngeus hergiebt. Es entsprechen also einem Spinalnerven 4 vollständig getrennte Oblongatanerven — Hypoglossus (Vorderhorngangliengruppe), Accessorius (die des Seitenhorns), Vagus (Clarke'sche Säule) und aufsteigende Trigeminuswurzel (Hinterhorn), nur treten im Rückenmark die sympathischen und Seitenhornwurzelfasern mit der vorderen Wurzel aus, während sie sich in der Oblongata dem sensiblen Wurzelaustritt anschliessen.

Hinze.

M. W. af Schaltén: Einige Bemerkungen über Nasenbluten und seine Behandlung. (Finska läkaresällsk. hardl. Bd. 30, S. 189).

Verf. hält dafür, dass häufige Nasenblutungen, oft recht ernsthafter Natur, durch Gefässruptur in dem Theile der Nasenschleimhaut entstehen können, welche den unteren Theil des Septum bekleidet. In solchen Fällen müsste man die Blutung unmittelbar durch äussere Tamponade, Compression u. dgl. stillen und darauf mit Hilfe des Nasenspiegels local auf der blutenden Stelle Caustica anwenden. Verf. theilt 4 Fälle mit, die er auf diese Weise erfolgreich behandelt hat. Wenn die blutende Stelle im hinteren Theile der Nasenhöhle belegen ist, glaubt Verf., dass äussere Tamponade in den meisten Fällen befriedigende Resultate geben wird, wenn dünne Tampons, am besten aus Jodoformwatte, nach einander durch das blutende Nasenloch hineingeführt werden, während hintere Tamponade nur ausnahmsweise und mit grosser Vorsicht anzuwenden sei. Als Beispiel für die Unsicherheit und Gefahr der hinteren Tamponade führt Verf. einen Fall an, wo 5 Tage nach einer Polypenextraction aus der Nasenhöhle eine äusserst heftige Blutung das Leben des Patienten bedrohte, und wo hintere Tamponade, trotzdem der Tampon nur 16 Stunden gelegen hatte, doch Tubencatarrh und Eiterbildung im Mittelohre zur Folge hatte, ohne definitiv die Blutung zu stillen, während darauf mehrere von vorne eingeführte Jodoformwattetampons dieselbe zum Stehen brachten.

Buch (Willmanstrand).

R. Jaksch: Zur Frage der Deckung von Knochendefecten des Schädels nach der Trepanation. (Wiener med. Wochenschrift 1889, № 38).

Mac Ewen implantirt das trepanirte und zerkleinerte Knochenstück zwischen Haut und Dura, schliesst darüber die Hautwunde. Bei aseptischem Wundverlauf erreichte er fast stets vollkommene Verknöcherung im Bereich der Knochenstücke.

Adamkiewicz experimentirte an Kaninchen. Ueber dem implantirten Knochenstück wurden Periost und Haut zugenäht. Das Knochenplättchen heilt in 4—6 Wochen ein. Das Liegen desselben in 2% Carbolsäure während 5—10 Minuten hindert den Effect nicht. Die Knochenstückchen können auf ein anderes Thier derselben Art übertragen werden. Die Verwachsung ist bei unmittelbarem Contact der Knochenwunden knöchern, sonst bindegewebig. Guérix transplantirte mit Erfolg Knochen vom Affen auf den Hund und umgekehrt. Ist das Knochenstück wegen Zertrümmerung und Verunreinigung nicht für die Reimplantation geeignet, so muss man anderes Material zur Deckung der Stücke nehmen. Seydel hat bei einer Depressionsfractur nach Entfernung des deprimirten Knochenstückes eine der Tibia desselben Individuums entnommene Knochenplatte (Corticalis sammt Periost) mit der rauhen Seite auf die Dura verpflanzt und einheilen sehen. Am 10. Tage waren die Knochenstückchen bluthaltig und die Hautwunde konnte geschlossen werden. Jaksch hat nun folgenden interessanten Fall beobachtet. Impressionsfractur des rechten Os parietale, 3 Ctm. im Durchmesser. Der überragende Rand der Corticalis wird in der Breite von ca. 1/2 Ctm. abgemeisselt, die Knochensplitter entfernt. Der Defect hat 3 1/2 Ctm. im Durchmesser. Jodoformverband auf die offen gelassene Wunde. Am 8. Tage Verbandwechsel. Auf die granulirende Wundfläche der Dura werden Knochenplättchen aus dem Schädel einer mehrere Tage alten Gans verpflanzt. Der Kopf des Vogels wird des Flaums beraubt, die Haut desinficirt. Decapitation. Der Kopf wird in 2% Carbolwasser von 38—40° C. aufgefangen, unter Wasser das Schädeldach mit Scheere und Pincette abgetragen und in 8 kleine Stückchen zerlegt, welche auf die granulirende Dura verpflanzt werden. Jodoformgazeverband. Nach 10 Tagen Verbandwechsel. Die Knochenplättchen rosig gefärbt, haften auf der Unterlage. Nach 8 Tagen auf den Knochen Granulationsknöpfchen, die Grenzen zwischen den einzelnen Stücken verwischt. Pergamentknistern bei leichtem Druck.

Nach weiteren 8 Tagen die ganze Fläche granulirend, kein Pergamentknistern mehr, in der Tiefe knöcherner Widerstand. Nach ca. 1 Monat die ganze Wunde vernarbt und knöchern geschlossen. Die Vascularisation der Knochenstückchen, das Verschwinden der Trennungslinien und des Pergamentknisterns beweisen, dass die Knochen nicht einfach aseptisch eingeheilt sind, sondern in organischen Zusammenhang mit der Umgebung getreten sind. Wannach.

Klinische, therapeutische und pathologisch-anatomische Beobachtungen über Lyssa humana. Aus dem Berichte der von der kön. ung. Gesellschaft der Aerzte in Budapest zum Studium der Lyssa humana delegirten Commission. (Wiener klinische Wochenschrift, № 31).

Vom Februar 1886 bis Juli 1888 kamen zehn tödtlich verlaufene Fälle von menschlicher Wuth zur Beobachtung. Vergleicht man diese Zahl mit jener der in diesem Zeitraume von wuthverdächtigen und gesunden Hunden gebissenen und behandelten Individuen, so ergiebt sich, dass, zwei noch im Jahre 1885 gebissene Individuen abgerechnet, 1886 von 156 Fällen 3, d. h. 1,8%, 1887 von 101 Fällen keiner und bis Ende Juni 1888 von 60 Fällen 7, d. h. 12% an der Wuth gestorben sind; 6 von diesen waren männlichen, 4 weiblichen Geschlechts; sie waren 3, 4, 6, 9, 11, 17, 28, 35 und 44 Jahre alt. Das Ueberwiegen des kindlichen Alters bei der Erkrankung dürfte in der für die Aufnahme des Lyssa-Virus viel empfänglicheren, zarten Constitution der Kinder zu suchen sein. Analog der bei Thierexperimenten constatirten kürzeren Incubationsdauer der Krankheit bei jüngeren Individuen, schwankt dieselbe auch bei den beobachteten Fällen von menschlicher Wuth zwischen 21 und 83 Tagen. Dauer der Krankheit bis zum letalen Ende 2—6 Tage. Tollwuth wurde in 6, die sogenannte stille Wuth in 4 Fällen beobachtet. Um jeden Zweifel über die echte Lyssa der beobachteten Fälle auszuschliessen, wurden Impfungen mit dem verlängerten Mark der Verstorbenen an Kaninchen und Hunden mit positivem Erfolge ausgeführt. Das klinische Bild der Lyssa humana als bekannt voraussetzend, giebt der Bericht nur diejenigen Symptome derselben wieder, welche noch wenig oder garnicht bekannt sind. Die menschliche Wuth hat den Charakter einer akuten Infectionskrankheit. Schon in dem einige Tage andauernden Prodromalstadium sind Fieberbewegungen vorhanden, nicht selten von einem Schüttelfrost eingeleitet. Die Temperaturcurve ist diejenige einer Febris continua mit geringen Morgenremissionen und allmäligem Ansteigen. Constant sind prämortale Temperatursteigerungen auf 40—41,5° C. Auch schien die Haut auf der Seite des Bisses höher temperirt zu sein, als auf der gesunden. Puls gewöhnlich über 100, Herzthätigkeit rhythmisch, Athmung frequent, öfter mit dem Cheyne-Stokes'schen Phänomen. Pupillen in der Regel weit, oft ungleich, mit mangelhafter Reaction. Hautreflexe (Anblasen der Haut) ändern sofort die Pupillenweite; häufig ist das conjugirte Deviiren der Bulbi. Der Acusticus wurde meist hyperästhetisch gefunden. Auf das geringste Geräusch hin, besonders aber auf die Einwirkung der tönenden Stimmgabel erfolgte eine Erschütterung des ganzen Körpers. Mit Entsetzen rissen die Pat. ihren Kopf zur Seite, wenn ihren Ohren eine Taschenuhr oder Stimmgabel genähert wurde. Manchmal wurde über subjective Gehörsempfindungen geklagt, über hohes und tiefes Sausen. Typische Steigerung der gesammten Haut-, Sehnen- und Muskelreflexe bilden ein hervorragendes Symptom der Krankheit. Der kleinste Luftstrom bes. das Anblasen, löst die heftigsten Schlingkrämpfe und Dyspnoe aus, im Krampfstadium sogar über den ganzen Körper sich ausbreitende tonische und klonische Krämpfe, Opisthotonus und Episthotonus, Bauch- und Cremasterreflex sind lebhaft, das Kniephänomen und die Armreflexe gesteigert. Die erhöhte Reflexerregbarkeit der bulbären Nerven steht im Einklange mit Pasteur's Beobachtungen. Entsprechend den Angaben Cantani's, nach welchen das Wuthgift sich von dem Orte der Infection entlang den Nerven bis zum Centralnervensystem ausbreitet, konnte auch in einem Falle das Aufwärtskriechen des Processes von der an der Wade befindlichen Wunde unter dem Bilde einer Ischialgie von Stunde zu Stunde constatirt werden. Zu den constanten Symptomen der Wuth gehört auch das Zittern. Schon im Beginn der Krankheit zittern die ausgestreckte Zunge und die oberen Extremitäten; später tritt hinzu Zittern des Kopfes. Der Zahl der Excursionen nach ist dieses Zittern dem bei Paralysis agitans, der Form nach demjenigen bei Hysterie ähnlich, immerhin ist dasselbe charakteristisch. In dem letzten, sog. paralytischen Stadium der Wuth werden die Bewegungen der Pat. ataktisch, ihr Gang wird unsicher, schwankend; schliesslich tritt Lähmung der unteren Extremitäten ein, während die oberen noch zweckmässige Bewegungen ausführen können. Die Hyperästhesie der Haut verschwindet erst gegen das Ende zu. Perimetrische Messungen ergeben keine Einschränkung des Gesichtsfeldes. Lichtscheu ist häufig. Galvanometrische Untersuchungen des oberen Facialisastes, des Nerv. ulnaris und des Musc. supinat. long. erwiesen keine irgend bedeutende Abnormität. Die Harnsecretion ist gering, der Harn besitzt hohes specifisches Gewicht und enthält gewöhnlich Eiweiss. Am meisten Aehnlichkeit hat das klinische Bild der Wuth mit der Chorea perniciosa gravis. Die alte Eintheilung der Krankheit in ein melancholisches, maniakalisches und paralytisches Stadium ist vollkommen berechtigt. Therapeutisch wurden Morphin, Chloralhydrat, Paraldehyd, Urethan, Cocain, Coniinum hydrobrom. theils subcutan, theils intern versucht. Ausser diesen wurden noch Curare, Extr. secal. corn. und verschiedene Mittel symptomatisch gegen das Erbrechen angewendet. Sehr gut vertragen wurden warme Kataplasmen auf den Nacken und lauwarme Vollbäder. Eine evidente Wirkung erzeugte nur Chloralhydrat: Abnahme der Athmungsbeschwerden und der tetanischen Zuckungen. Das Chloralhydrat wurde in kleinen Dosen als Prophylacticum auch bei wuthverdächtigen Personen gegeben. Als Wundverbandmittel wird Sublimat gerühmt.

Die groben pathologisch-anatomischen Veränderungen bestehen in einer hochgradigen Hyperämie der grauen Rinde, der weissen Substanz, der Hirnganglien, der Oblongata und des Rückenmarks. Mikroskopisch war eine diffuse Entzündung des Rückenmarks, bes. der grauen Substanz des letzteren, nachweisbar. In den grauen Hörnern sind massenhaft ausgewanderte, weisse Blutzellen bemerkbar, bes. in den Vorderhörnern in den Ganglienzellen entsprechenden Conglomeraten. Adventitia und Periadventitia der Gefässe sind reichlich infiltrirt. Die multipolaren Ganglienzellen der Vorderhörner entarten pigmentartig, oft ist nur einfache Atrophie derselben vorhanden. In den Hinterhörnern finden sich Blutextravasate. Weniger verändert ist die weisse Substanz. Aus der entgegen den Befunden von Benedikt, Kolessnikow, Forel, Gowers u. a. constatirten Veränderung der Ganglienzelle der Vorderhörner liessen sich die im Verlauf der Wuth auftretenden Symptome, namentlich die erhöhte Reflexerregbarkeit, erklären. Hess.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

C. G. Rothe: Frauenkrankheiten. Ein kurzes Lehrbuch für Studirende und Aerzte. 3. umgearbeitete Auflage. Leipzig 1890. Verlag von Ambr. Abel. 404 Seiten.

Der Zweck des Buches ist, wie Verf. im Vorwort hervorhebt, in kurzen Zügen ein Bild der Gynäkologie zu geben, wie sie sich theoretisch und praktisch in dem engen Rahmen der Privatpraxis gestaltet. Dem vielbeschäftigten Praktiker wird dieses Compendium zu näherer Orientirung ohne Frage gute Dienste leisten; als Lehrbuch für Studirende will es uns jedoch nicht ganz geeignet erscheinen, da bei dem Bestreben in gedrängter Form möglichst viel zusammenzufassen, die für den Anfänger wünschenswerthe eingehende Behandlung einiger Abschnitte, mehr cursorischen Aufzählungen von Thatsachen hat weichen müssen. Bei der Umarbeitung haben die in den letzten Jahren auf dem Gebiete der Gynäkologie erfolgten Neuerungen die nöthige Berücksichtigung erfahren. Die gute Ausstattung und handliche Form des Buches werden wesentlich zu einer weiteren Verbreitung desselben beitragen. Dobbert.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 31. October 1889.

1) Dr. v. Schröder zeigt einen kürzlich von Dr. Magawly in der hiesigen Augenheilanstalt aus dem Glaskörper extrahirten, etwa erbsengrossen *Cysticercus cellulosae* vor und berichtet in Kürze über den betr. Fall und den Gang der Operation. (Eine ausführliche Beschreibung des Falles wird demnächst in der St. Petersb. med. Woch. erscheinen).

2) Dr. v. Schröder legt die ausführliche Krankengeschichte eines (zur Veröffentlichung bestimmten) Falles vor, in welchem er auf Grund der vorhandenen Augenstörungen (Amblyopie, Störung der Pupillenreaction, Coordinationslähmung der Augenbewegung in der Richtung nach oben) eine *Blutung im Bereiche des vorderen Vierhügelpaares* annehmen zu müssen glaubt.

Auf den Einwand Dr. Petersen's, dass Vierhügelblutungen zu den seltensten Befunden bei Sectionen gehören, erwidert Vortr., dass Fälle, wie der mitgetheilte, voraussichtlich niemals bald nach erfolgter Apoplexie zur Section kommen, da eine Blutung in dieser Gegend, wenn sie nicht sehr ausgedehnt ist, keine lebenswichtigen Hirntheile trifft; in späterer Zeit aber dürfte es, selbst bei genauester Untersuchung, zumal wenn es sich um capilläre Hämorrhagien handelt, kaum gelingen, die Residuen der Blutung nachzuweisen. Dr. de la Croix kann aus seiner Obductionspraxis bestätigen, dass selbst von grossen Blutergüssen im Gehirn nach längerer Zeit bei der Section manchmal nur spärliche Reste gefunden werden. Der von Dr. Petersen ausgesprochenen Vermuthung, dass es sich in dem besprochenen Falle vielleicht nicht um eine Blutung, sondern um einen embolischen Process gehandelt habe, hält Dr. v. Schröder entgegen, dass die Besserung aller Symptome, die im weiteren Verlaufe beobachtet wurde, zu Gunsten einer Hämorrhagie und gegen eine Embolie spreche.

3) Dr. de la Croix giebt als Beitrag zu der in der vorigen Sitzung angeregten Frage, betreffend die Nothwendigkeit einer *Isolirung der Tuberculösen* von den anderen Kranken im Hospitale, eine Zusammenstellung von 23 während der letzten 4 Jahre im Peter-Paul-Hospitale beobachteten Fällen, in welchen die betr. Kranken, durchweg jugendliche Individuen, die wegen crou-



pöser Pneumonie, Abdominaltyphus u. dergl. m. aufgenommen worden waren, nachweislich im Hospital die Tuberculose acquirirten. Vortr. hat bisher nur einen Theil der Krankenbögen jener Jahrgänge mit Rücksicht auf diese Frage durchmustert und erwartet bei der weiteren Durchsicht noch mehr solcher Fälle zu finden. In Betreff der in der vorigen Sitzvng discutirten Frage von der *antiseptischen Wirkung des Kreosots und des Terpenthinöls* verweist Dr. de la Croix auf die Arbeiten von Buchholz (Arch. für experim. Pathol. und Pharmak. Bd. IV.), Wernckе (Ueber die Wirkung einiger Antiseptica auf Hefe. Diss. Dorpat 1879), Koch (Mittheil. des Gesundheitsamtes) und Martens (Virch. Arch. Bd. 112); aus den beiden ersten geht für das Kreosot, aus den beiden letzten für das Terpenthinöl hervor, dass diese Mittel schon in ganz geringer Concentration das Wachsthum sehr verschiedener Mikroorganismen zu hemmen vermögen. Man könnte daher bei der inneren Darreichung des Kreosots in grossen Dosen und bei der Inhalation von Terpenthindämpfen sehr wohl an eine Wachsthumshemmung der Tuberkelbacillen in den Lungen denken. Dr. v. Grünewaldt macht darauf aufmerksam, dass für die Wirksamkeit eines Antisepticums nicht allein der Concentrationsgrad, sondern noch mehr die specifische Wirkung desselben auf gewisse Mikroorganismen maassgebend sei; in praxi komme es darauf an, für die bestimmte pathogene Species das bestimmte wirksame Antisepticum zu finden; in dieser Hinsicht sei die Empirie von der allergrössten Bedeutung, indem sie oft früher als die bacteriologische Forschung auf das geeignete Mittel hinweist. Dr. Anders schliesst sich dieser Anschauung an und weist beispielsweise auf den Actinomyces hin, der von destillirtem Wasser und Kochsalzlösungen sehr stark, von den gewöhnlichen Antisepticis aber garnicht angegriffen wird. Prof. Tiling erwähnt im Anschlusse hieran, dass der Bacillus pyocyaneus durch Sublimat garnicht, durch Carbolsäure dagegen sehr prompt zu beseitigen ist; dass ferner auf Schimmelpilze das Sublimat sehr wenig, die Carbolsäure wiederum sehr intensiv einwirkt. Als Beispiel dafür, wie wenig die experimentellen Thatsachen allein einen Schluss auf die praktische Brauchbarkeit eines Antisepticums gestatten, sei das Jodoform angeführt, welches nach Mikulicz die Bacterien resp. Kokken nicht tödtet und dennoch von grossem Werthe für die Wundbehandlung ist. Die Verhältnisse, unter denen sich im lebenden Organismus der Kampf zwischen den Mikrobien und den Körperzellen abspielt, sind eben unendlich viel complicirter, als beim Experimente im Reagensglase, ja zur Zeit noch unübersehbar und daher die Empirie einstweilen noch in ihrem guten Rechte. Dr. Dombrowski erinnert daran, wie in Veranlassung der Beobachtungen Koch's über die Wirkung des Sublimats auf Milzbrandbacillen, dieses Mittel in der Chirurgie schnell Eingang fand, ja die bis dahin so beliebte Carbolsäure fast verdrängte, bis erst die Untersuchungen Sänger's lehrten, dass die letztere gerade gegen pyogene Kokken, mit denen der Chirurg hauptsächlich zu rechnen hat, wirksamer sei als das Sublimat. Dr. de la Croix hat bei seinen Untersuchungen über verschiedene Antiseptica (Arch. f. experiment. Pathol. u. Pharmak. Bd. XIII), je nach dem Nährboden, mit dem er experimentirte, je nach der Temperatur und anderen Umständen sehr verschiedene Resultate erhalten, doch bleibt auch unter verschiedenen Bedingungen das Verhältniss der einzelnen Antiseptica zu einander in Bezug auf ihre Wirksamkeit nahezu das gleiche. Neuerdings ist man besonders auf die flüchtigen Antiseptica, namentlich die ätherischen Oele aufmerksam geworden, welche ganz eminent bacteriocide Eigenschaften besitzen; zu diesen flüchtigen Antisepticis gehört aber auch das Terpenthinöl. Dr. Selenkow möchte in dem hier gedachten weiteren Sinne anstatt der Bezeichnung „Antisepticum" den präciseren und zugleich allgemeineren Ausdruck „Antimycoticum" angewandt wissen. Im Anschlusse an die von Dr. de la Croix soeben mitgetheilten Fälle von im Hospital acquirirter Tuberculose führt Dr. Petersen einen solchen aus dem städt. Alexander-Hospitale an, der eine wegen Carcinoma uteri aufgenommene Frau betraf; Dr. Kernig erwähnt einen ähnlichen Fall aus dem weibl. Obuchow-Hospitale, in welchem die betr. Kranke wegen Carcinoma ventriculi aufgenommen worden war. Von Dr. de la Croix und anderen Anwesenden wird nochmals die Nothwendigkeit specieller Tuberculose-Hospitäler betont. Gegenüber dem von Dr. Petersen ausgesprochenen Bedenken, es möchte sich in solchen Special-Hospitälern das tuberculöse Virus, zum Schaden der Tuberculösen selbst, anhäufen, erinnert Dr. Kernig daran, dass, als im Jahre 1868 der Gedanke angeregt wurde, besondere Abtheilungen für Flecktyphuskranke einzurichten, ähnliche Befürchtungen, die sich jedoch später als unbegründet erwiesen, gehegt wurden. Dr. v. Grünewaldt spricht zum Schlusse der Sitzung die Hoffnung aus, dass die Discussion über die hier angeregten, überaus wichtigen Fragen hiermit noch nicht abgeschlossen sein möchte und dass in den nächsten Sitzungen noch Gelegenheit zu einer Fortführung derselben sich bieten werde. Secretär: Dr. E. Blessig.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Die Frage, ob auch andere *Derivate des Phenylhydrazin*, ausser dem Antipyrin (dargestellt durch Einwirkung von Phenylhydrazin auf Acetessigaether und Methylirung des so erhaltenen Produktes), *als Fiebermittel* verwerthbar seien, ist nach den Untersuchungen von R. Heinz zu verneinen, da sich eine ganze Reihe derselben (8) als mehr oder weniger intensive Blutgifte erwiesen. (Berl. kl. Woch. № 3).

— Dass der *Kaffee* als Getränk (Infus) ausgesprochene *antiseptische Eigenschaften* besitzt, wie das schon früher mehrseitig gezeigt wurde, ist jetzt durch genaue Untersuchungen von Lüderitz im hyg. Institut zu Berlin festgestellt. Sämmtliche darauf geprüfte Bacterienarten wurden schon durch relativ kleine Mengen des wässerigen Auszuges (bei Zusatz desselben zur Nährgelatine) gehemmt und gingen in reinem Infus zu Grunde. Die Frage, welchen chemischen Bestandtheilen desselben die antiseptische Wirkung zukomme, ist noch nicht sicher zu entscheiden, wahrscheinlich hauptsächlich den beim Rösten des Kaffees entstehenden empyreumatischen Substanzen. Interessant ist auch, dass in offenen Tassen stehengelassener Kaffee noch nach 6 Tagen sich als nahezu keimfrei erwies.
(Z. f. Hyg. VII, 2. — B. klin. W. № 46.)

— Gottschalk, der das Menthol gegen das unstillbare Erbrechen der Schwangeren empfiehlt, macht in der „Berl. klin. W. № 47" darauf aufmerksam, dass die Lösung, wie er sie verschrieben, leicht trübe wird durch Wiederausscheidung von Menthol; dem sei leicht durch Zusatz von Cognac abzuhelfen.

— Nach J. Andeer ist das chemisch vollkommen reine Resorcin das beste aller bisher bekannten Antivomica, speciell bei Magenleiden (im Gegensatz zum unreinen R., das in der Regel Brechreiz und Erbrechen verursacht). A. versuchte das Mittel bei allen nur möglichen Arten von Erbrechen, peripherischen und centralen Ursprungs, idiopathischer und symptomatischer Herkunft (so z. B. auch Seekrankheit). Es verfehlte seine Wirkung nie, selbst bei dem unstillbaren Erbrechen bei Leber- und Nieren- und Menstrualkoliken und bei dem der Schwangeren. In jüngster Zeit versuchte A. das Resorcin mit gleich günstigem Erfolge als Gegenmittel bei verschiedenen Brechmitteln, sogar metallischen Emeticis. (Ctrbl. f. med. Wiss. № 48).

— Gley machte in der „Societé de biologie" zu Paris Mittheilungen über die *anästhesirende Eigenschaft des Ouabaïn und des Strophanthin* (ersteres gewonnen aus Strophanthus hisp., letzteres aus Stroph. kombé). Beide Stoffe haben verwandte chemische Zusammensetzung, gleiche physiologische Wirkungen und sind sehr wirksame Herzgifte. Als locales Anästheticum wirkt das Ouabaïn viel stärker als das Strophanthin; 3—4 Tropfen einer Lösung 1:1000 auf die Cornea applicirt, machen dieselbe auf längere Zeit ganz unempfindlich; das Cocain in 10 Mal stärkerer Dosis hat einen geringeren Effect.

— Murray giebt an, dass Verabreichung von *Belladonna* in grossen Dosen bis zum Auftreten toxischer Symptome die Ausstossung von Nierensteinen beschleunigt und befördert; Wirkung des Mittels analog wie bei Darmocclusion. 3 Fälle mit Erfolg behandelt. (Prov. med. J. — Int. klin. R.)

Vermischtes.

— An der militär-medicinischen Academie ist neuerdings der Lehrstuhl der Pharmakologie vacant geworden, da Professor Dr. P. Ssuschtschinski, welcher bekanntlich schon im vorigen Jahre zum Dirigirenden der kaukasischen Mineralbäder ernannt wurde, nach Ausdienung der 25-jährigen Dienstfrist seinen *Abschied als Professor genommen hat*. Die Vorlesungen über Pharmakologie hält bereits seit dem vorigen Jahre der Privatdocent Dr. S. Popow. Mit dem jetzt erledigten Lehrstuhl der Pharmakologie ist *die Zahl der vacanten Lehrstühle an der Academie* bereits auf 6 gestiegen.

— Der Prosector der militär-medicinischen Academie Dr. Albizki und der St. Petersburger Universität Kapustin sind zu *ausserordentlichen Professoren der Universität Tomsk ernannt* worden, und zwar ersterer für den Lehrstuhl der allgemeinen Pathologie, letzterer für den Lehrstuhl der Physik.

— Die neueste Nummer des „Regierungs-Anzeigers veröffentlicht die *Ernennung* der hiesigen Doctoren Selenkow, Petersen, Lunin, Stange und des Docenten der Dorpater Universität Dr. Openchowski zu *Consultanten des hiesigen klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna*. Die ersten vier vom 21. August 1889 und zwar Selenkow für chirurgische Krankheiten, Petersen für Syphilis und Hautkrankheiten, Lunin für Ohrenkrankheiten und Stange für Hydrotherapie und Heilgymnastik; Openchowski vom 1. Sept. 1889 — für Nervenkrankheiten und Elektrotherapie.

Verstorben: 1) In Berlin am 10. Februar der ehemalige Prosector am anatomischen Institut in Dorpat, Dr. Adam Wikczemski, im 42. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, aus Wilna gebürtig, studirte in Dorpat in den Jahren 1865—1875 anfangs Chemie, dann Medicin. Nach Absolvirung des Doctorexamens fungirte W. als Prosector am anatom. Institut und praktischer Arzt in Dorpat und blieb in dieser Stellung bis zum vorigen Jahre, wo ihn ein schweres Leiden zum Aufgeben seiner Stellung nöthigte.



In dem Freundeskreise, in welchem er wegen seiner Liebenswürdigkeit stets gern gesehen war, wird sein früher Tod auf's Schmerzlichste berühren. (N. D. Z.). 2) In Warschau der ehemalige Professor der Pharmakologie und Dermatologie an der medico-chirurgischen Academie, Dr. G. Kulakowski, in hohem Alter. Nach seiner Pensionirung als Professor fungirte der Verstorbene lange Zeit als Eisenbahnarzt. 3) In Moskau der noch junge Arzt Peter Wassiljew an Erysipelas. 4) In Zürich der frühere Professor der Arzneimittellehre der dortigen Universität Arnold Cloetta. Der Verstorbene war anfangs Professor der Pathologie und von 1870/80 Professor der Arzneimittellehre. Sein Hauptwerk ist sein „Lehrbuch der Arzneimittellehre", von welchem kurz nacheinander mehrere Auflagen erschienen, die letzte in der Bearbeitung von Prof. W. Filehne in Breslau. 5) Am 24. Februar n. St. in Berlin nach kurzer Krankheit der Sanitätsrath Dr. Paul Niemeyer, welcher durch seine populären Vorträge über Gesundheitspflege in weiten Kreisen bekannt geworden ist. Als Arzt des Berliner hygienischen Vereins war der Verstorbene der eifrigste Förderer der volksthümlichen Medicin, für welche er öffentlich unablässig thätig war. (A. m. C.-Ztg.).

— In der vorigen № haben wir bereits mitgetheilt, dass Prof. Paschutin die Bildung des russischen *vorbereitenden Comités für den X. internationalen medicinischen Congress* übernommen hat. Wie der „Wratsch" erfährt, wird dieses Comité aus den Professoren N. O. Kowalewski und W. M. Bechterew in Kasan, Prof. Sklifossowski in Moskau, Prof. J. P. Schtschelkow in Charkow, Prof. Rein in Kiew, Prof. W. Dobrowolski in St. Petersburg, sowie den Proff. Hoyer und S. M. Lukjanow in Warschau bestehen.

— In der *medicinischen Facultät der Dorpater Universität* sind in der Zeit vom 1. September 1889 bis zum 1. Februar 1890 im Ganzen *131 Diplome über medicinische Grade und Würden* ausgereicht worden, und zwar: 1) Ueber die Würde eines Kreisarztes 6.— 2) Ueber den Grad eines Doctors 16. — 3) Ueber den Grad eines Arztes 31. — 4) Ueber den Grad eines Magisters der Pharmacie 3. — 5) Ueber den Grad eines Provisors 15. — 6) Ueber den Grad eines Apothekergehülfen 43. — 7) Ueber die Würde eines Dentisten 5. — 8) Ueber die Würde einer Hebamme 7.

— In Kasan hat sich auf Initiative des örtlichen Gouverneurs ein *medicinisches Central-Bureau zur Sammlung von Nachrichten über die Erkrankungen* gebildet. An diesem Bureau werden sich unter Anderem die Proff. Wyssozki und Lewaschew, sowie der Gehülfe des Gouvernements-Medicinalinspectors, Docent Mandelstamm, betheiligen. Zum Unterhalt der Schreiber und für den Druck des Materials ist die ziemlich ansehnliche Summe von ca. 1200 Rbl. jährlich erforderlich, von welcher der Gouverneur 1/3 übernommen hat, während die übrigen 2/3 wohl die Stadtduma und die Gouvernements-Landschaft hergeben werden. Die örtliche Postverwaltung hat sich zur unentgeltlichen Beförderung der Sanitätskarten der Aerzte an das Bureau bereit erklärt. (Kas. List.—Wr.).

— *Der XIX. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie* wird, wie der dortige Vorsitzende desselben, Prof. Ernst v. Bergmann, bekannt macht, während der Osterwoche vom 9.—12. April n. St. in Berlin stattfinden. Die Nachmittagssitzungen werden am 9. April, Mittags von 12—4 Uhr, an den anderen Tagen von 2—4 Uhr in der Aula der Universität, die für Demonstrationen und Krankenvorstellung bestimmten Morgensitzungen von 10—1 Uhr im Universitätsclinicum abgehalten. In den Morgensitzungen vorzustellende, von auswärts kommende Kranke können im königl. Clinicum (Berlin, N., Ziegelstrasse № 5—9) Aufnahme finden; Präparate, Bandagen, Instrumente u. s. w. ebendahin gesandt werden. Ankündigungen von Vorträgen, Mittheilungen von Demonstrationen sind sobald als möglich dem ständigen Schriftführer, Herrn Geh.-Med.-Rath Prof. Dr. Gurlt (W., Keithstrasse № 6) zuzusenden und ist dabei anzugeben, ob die Vorträge in den Vormittagsstunden (Klinik), oder in den Nachmittagsstunden (Aula) gehalten werden sollen.

Am 1. Sitzungstage haben Referate übernommen die Herren: Kappeler (Münsterlingen): Ueber Aether- und Chloroformnarkose; Bruns (Tübingen): Ueber die Behandlung von tuberculösen Gelenk- und Senkungsabscessen mit Jodoforminjectionen. — Das gemeinsame Mittagsmahl ist auf Donnerstag, den 10. April, Abends 5 Uhr im Centralhôtel angesetzt.

— Wir erfahren, dass das Centralblatt für Nervenheilkunde, welches im vorigen Jahre zu erscheinen aufgehört hatte, vom April d. J. an in erweiterter Form und als internationales Blatt herausgegeben wird; die vorläufige Redaction hat Dr. Kurella in Allenberg (Ostpreussen) übernommen.

— In Verbindung mit dem X. internationalen medicinischen Congress, welcher vom 4. bis 9. August dieses Jahres in *Berlin* tagen wird, soll eine *internationale medicinisch-wissenschaftliche Ausstellung* stattfinden. Von den Vertretern der medicinischen Facultäten und der grösseren ärztlichen Gesellschaften des Deutschen Reiches ist ein Organisations-Comité, bestehend aus den Doctoren Virchow, v. Bergmann, Leyden, Waldeyer und Lassar, mit dem Auftrage betraut worden, die Vorbereitungen für diese Ausstellung zu treffen. Auch haben sich in den Herren Commerzienrath Dörffel, H. Haensch, Director J. F. Holtz, Director L. Loewenherz und H. Windler technische Autoritäten zur Mitarbeit bereit gefunden. Die sehr grossen Schwierigkeiten, welche die Beschaffung geeigneter Räumlichkeiten gemacht hat, sind erst jetzt gehoben worden und es wird nunmehr zur Beschickung der Ausstellung eingeladen. Wir heben zunächst hervor, dass der Charakter derselben, der Gelegenheit und dem zur Verfügung stehenden Raume entsprechend, ein ausschliesslich wissenschaftlicher sein wird.

Folgende Gegenstände sollen, soweit der Platz reicht, zur Ausstellung gelangen: Neue oder wesentlich verbesserte *wissenschaftliche Instrumente* und *Apparate* für biologische und speciell medicinische Zwecke, einschliesslich der Apparate für Photographie und Spectralanalyse, soweit sie medicinischen Zwecken dienen — neue *pharmakologisch-chemische* Stoffe und Präparate — neueste *pharmaceutische Stoffe* und Präparate — neueste *Nährpräparate* — neue oder besonders vervollkommnete *Instrumente zu operativen Zwecken* der inneren und äusseren Medicin und der sich anschliessenden Specialfächer, einschliesslich der Elektrotherapie — neue *Pläne* und *Modelle* von Krankenhäusern, Reconvalescentenhäusern, Desinfections- und allgemeinen Badeanstalten — neue *Einrichtungen für Krankenpflege*, einschliesslich der Transportmittel und Bäder für Kranke, neueste *Apparate zu hygienischen Zwecken*.

Alle Anmeldungen oder Anfragen sind an das Bureau des Congresses (Dr. Lassar, Berlin NW, Carlstrasse 19) mit dem Vermerk „Ausstellungsangelegenheit" zu richten.

— In Bern ist der langjährige Docent Dr. Carl Girard zum Professor der Chirurgie an der dortigen Universität ernannt worden. G. lehrt dort schon seit Beginn der siebziger Jahre neben Prof. Kocher Chirurgie.

— Die *Academie der Medicin in Turin* hat dem bekannten Leipziger Professor der Anatomie Dr. His für seine ausgezeichneten Leistungen auf dem Gebiete der Entwickelungsgeschichte den *Preis Riberi* zuerkannt. Nach dem Vermächtniss des Professors der Klinik Riberi ist mit dem Preise ein Geldbetrag von 20,000 Frcs. verbunden.

— In *New-York* ist eine *medicinische Gesellschaft von Damen* unter dem Namen *„Alumnal Association of the Woman's Medical College of New-York"* gegründet worden.

— Die *Influenza* hat in Canada viel Menschen hingerafft. Namentlich sind die Indianer den aus der Grippe sich entwickelnden Lungenentzündungen, zu welchen sie besonders incliniren, erlegen. Von 800 Indianern einer Colonie am Winipeg sollen fast alle an dieser Krankheit gestorben sein, da sie keine gehörige Pflege hatten.

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 18. Februar d. J. 6018 (186 mehr als in der Vorwoche), darunter 183 Typhus- (13 mehr), 649 Syphilis- (39 mehr), 107 Scharlach- (10 weniger), 74 *Influenza-* (8 weniger), 91 Masern- (14 mehr), 16 Diphtherie- (9 mehr) und 8 Pockenkranke (3 mehr als in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 11. bis 17. Februar 1890.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
356	261	617	95	50	100	25	9	19	62	67	55	51	42	33	9	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 10, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 22, Scharlach 35, Diphtherie 10, Croup 9, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 30, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 128, Tuberculose anderer Organe 4, Alcoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 26, Krankheiten des Verdauungscanals 49, Todtgeborene 30.

☞ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 6. März 1890.**

☞ **Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 12. März 1890.**

Дозв. ценз. Спб. 23 Февраля 1890 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.

XV. JAHRGANG. **St. Petersburger** Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,
St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 9 St. Petersburg, 3. (15.) März **1890**

Ein casuistischer Beitrag zur Umgehung der künstlichen Frühgeburt.

Vortrag, gehalten in der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga
von
H. v. Brehm.

Meine Herren! In № 33 des Centralblattes für Gynäkologie vom 17. August 1889 befindet sich ein Aufsatz von Prochownick-Hamburg: «Ein Versuch zum Ersatze der künstlichen Frühgeburt». Den Meisten von Ihnen dürfte derselbe wohl bekannt sein, jedoch will ich ihn kurz recapituliren. Prochownick spricht sich in dieser Arbeit dahin aus, dass obgleich die künstliche Frühgeburt bei mittleren Graden von Beckenenge, eingeleitet zur Erhaltung des kindlichen Lebens, sich in letzter Zeit mehr Anhänger erworben habe und die Aussichten für die Mutter durch die jetzige Methodik und Antiseptik besser geworden wären, der praktische Arzt derselben doch abweichend gegenüberstehe, da die Lebensaussichten des Kindes sich nicht gebessert hätten. Die wenigsten Kinder erreichten das erste Lebensjahr und ihre fernere Entwickelung sei fortwährend den grössten Schwierigkeiten ausgesetzt. Vom Kaiserschnitte, der in den letzten Jahren durch seine günstigen Erfolge von Manchen als Ersatz in diesen Fällen angesehen worden, sehe er ganz ab, da ihn wohl Niemand grundsätzlich in die ärztliche Thätigkeit eingeführt sehen möchte.

In Folge dieser Erwägungen hatte Prochownick sich die Frage vorgelegt, ob man nicht in Betreff der Frucht auf einem anderen Wege ähnliche Resultate, wie sie bei der künstlichen Frühgeburt vorkommen, erzielen könne; ob die Frucht nicht ungefähr auf demselben Standpunkte der Magerkeit, Kleinheit, der grösseren Weiche und Verschiebbarkeit der Kopfknochen erhalten werden könne, ohne dass sie dabei die Reife, die Lebensenergie und die grössere Widerstandsfähigkeit gegen äussere Einflüsse eingebüsst hätte. Die Antwort hierauf glaubte er in einem strengen diätetischen Regime der Mutter, mit welchem man zu der oben angegebenen Zeit anfange, gefunden zu haben. Die Probe hierauf fand sich bald.

Im Jahre 1887 sollte Prochownick eine Frühgebärende entbinden, die ein rhachitisch plattes Becken mit einer Conj. dig. von 10,8 Ctm. hatte. Dieselbe war im Jahre 1877 zum ersten Male vermittelst Perforation und im Jahre 1879 durch Wendung und Extraction bei Querlage entbunden worden, wobei das Kind, welches 4100 Grm. wog, abstarb. 1881 und 1883 Einleitung der Frühgeburt in der 36. Woche. Ohne wesentliche Nachhilfe kamen die Kinder lebend zur Welt, wogen 2150 resp. 2200 Grm., starben aber, das Erste in der dritten Woche an Darmcatarrh, das Zweite trotz Ammenmilch in der fünften Woche an Entkräftung. Diese Frau setzte er nun von der 33. Schwangerschaftswoche an auf folgende Diät: Morgens eine kleine Tasse Kaffee und 25 Grm. Zwieback; Mittags alle Arten Fleisch, Ei und Fisch mit ganz wenig Sauce, etwas grünes Gemüse, fett zubereitet, Salat und Käse; Abends dieselbe Nahrung unter Zugabe von 40—50 Grm. Brod und nach Belieben Butter; als Getränk durfte die Schwangere 300 bis 400 Ccm. Roth- oder Moselwein zu sich nehmen; gänzlich versagt blieben: Wasser, Suppe, Kartoffeln, Mehlspeisen, Zucker und Bier. — Die Geburt ging hiernach am regelrechten Termine in der zweiten Steisslage vor sich, und war nur bei der Entwickelung des Kopfes geringe Nachhülfe nöthig. Es war ein vollkommen ausgetragenes, $50^1/_2$ Ctm. langes, jedoch nur 2350 Grm. schweres und recht mageres Kind mit leicht verschieblichen Kopfknochen. Es gedieh mit der Flasche vortrefflich, hat einige Kinderkrankheiten leicht überstanden, ist frei von Rhachitis und ganz gesund geblieben.

Da nun dieses Verfahren ein so gutes Resultat geliefert hatte, so entschloss sich Prochownick zu weiteren Prüfungen. Die zweite Frau war 1875 zum ersten Male durch Kephalotripsie nach vorausgegangenen Zangenversuchen entbunden worden; rhachitisch plattes Becken mit einer Conj. dig. von 10,4 Ctm. Im October 1878 Wendung und Extraction bei Querlage; das 3850 Grm. schwere und fette Kind zeigte harte Schädelknochen und starb nach 4 Stunden. November 1884 künstliche Frühgeburt, die ein 44 Ctm. langes und 2100 Grm. schweres Kind leicht zu Tage fördert, welches aber in der fünften Woche bei geringer Zuhülfenahme der Flasche in 24 Stunden an Darmcatarrh stirbt. Im April 1888 erneuerte Schwangerschaft und wird die Frau in der 34. Schwangerschaftswoche auf die oben angeführte Diät gesetzt. Das Kind kommt zur normalen Zeit in Steisslage, ohne Nachhülfe, zur Welt; es wiegt 2400 Grm. und ist 51 Ctm. lang; es zeigt ganz normale Kopfmaasse, ist aber auffallend mager und blutarm, mit leicht verschiebbaren Kopfknochen. Es gedieh so prächtig, dass die Mutter schon am 12. Tage die Flasche

zugeben musste; in 6 Wochen hatte es 1600 Grm. zugenommen und war bis zur Abfassung dieses Artikels vollkommen gesund geblieben. — Die dritte Frau war zum ersten Male bei Eklampsie nach Zangenversuchen durch Perforation entbunden worden. Sie war nur 148 Ctm. gross und hatte ein rhachitisch plattes Becken mit einer Conj. dig. von 10 Ctm. Es wurde nun von der 35. Woche an die Diät eingehalten und am bestimmten Termin ein Mädchen von 52 Ctm. Länge und 2250 Grm. Schwere mit allen Zeichen der Reife ohne Schwierigkeiten in Schädellage geboren. Dasselbe war sehr mager, fast «dürr». Die Zunahme und Entwickelung war eine regelmässige.

Wir ersehen aus dem oben Angeführten, dass keine der Mütter am normalen Ende der Schwangerschaft ein lebendes Kind hätte gebären können, und wie widerstandslos die unreifen Früchte gewesen waren, dass dagegen die reif und mühelos zur Welt gekommenen Kinder nicht allein am Leben blieben, sondern auch gut und kräftig gediehen.

Ich schliesse nun einen von mir beobachteten und nach den Prochownick'schen Grundsätzen behandelten Fall an:

Fr. W., 24 Jahre alt, nur 143 Ctm. gross, von schwächlicher Constitution und kindlichem Habitus, will als Kind immer kränklich gewesen sein und alle Kinderkrankheiten, wie auch den Typhus, durchgemacht haben. Die Periode war erst in ihrem 16. Lebensjahre eingetreten, spärlich und unregelmässig, in grossen Intervallen, jedoch ohne Schmerzen. In ihrem 20. Jahre verheirathete sie sich, und war die Periode alsdann regelmässiger geworden. Die letzte Regel hatte sie am 1. Januar d. J. gehabt. Die Muskulatur schlecht entwickelt, Paniculus adiposus fast garnicht vorhanden; von der Brustdrüse existiren nur Andeutungen; Spuren von Rhachitis sind nicht nachzuweisen; die äusseren Geschlechtstheile normal, nur wenig behaart und sehr eng. Innerer Genitalbefund wie gewöhnlich dem 8. Monate der Schwangerschaft entsprechend. Die Beckenmaasse ergaben folgende Resultate: die Spin. 21 Ctm.; Crist. 23,5; Trochant. 25,5; Conj. extr. 16,5; Conj. dig. 9,8. Ich hatte es demnach hier mit einem allgemein gleichmässig verengten, nicht rhachitischen Becken zu thun, oder vielmehr mit einem Zwergbecken, welches auf einer gewissen Stufe der Entwickelung stehen geblieben war, was durch das schmale und gerade, wenig in das Becken hineingesunkene Kreuzbein angezeigt wurde. — Unter obwaltenden Verhältnissen schlug ich der Frau die Einleitung der künstlichen Frühgeburt zu Ende August, also in der 34. Schwangerschaftswoche, vor, worauf sie auch einging. Bald darauf erschien die Schrift von Prochownick, und ich zögerte nicht lange ihr den Zucker und die fetten Speisen zu entziehen und ihr dabei eine grössere Mässigkeit in dem Genusse von Brod und in der Flüssigkeitsaufnahme anzuempfehlen.

Prochownick nennt sein Verfahren ein solches, wie man es bei Zuckerkranken anwende, jedoch noch unter starker Entziehung der Flüssigkeiten. Da es aber doch nur darauf ankommt, das Kind so mager wie möglich und die Kopfknochen stärker verschiebbar zu machen, so glaubte ich im Gegensatze zum Autor das grösste Gewicht auf die Entziehung der Fette und Fettbildner, sowie auch der Kalksalze legen zu müssen. Die Geburt hatte ich auf die ersten Tage des Octobers berechnet. Ich liess deshalb vom 20. August folgende Diät einhalten: Morgens: eine kleine Tasse Thee mit Milch und 30 Grm. Zwieback; Mittags: einen kleinen Teller Fleischsuppe mit Gemüse, jedoch ohne Grütze, Mehl und Butter; mageres Fleisch, desgleichen Fisch; wenig Sauce, grünes Gemüse, Salat und ein Glas weissen Portwein. Nachmittags: eine kleine Taffe Kaffee mit Milch und 30 Grm. Zwieback; Abends: eine kleine Tasse Thee mit Milch, Käse, kalten Braten, ein weiches Ei, 15 Grm. Weissbrod mit Butter, ein Glas weissen Portwein. Vom 8. September wurde allmälig das Ei, die Butter und der Käse entzogen; am 17. September der Teller Suppe. Am 27. September Morgens traten die ersten leichten Wehen auf. Als ich um 11 Uhr Vormittags die Kreissende untersuchte, fand ich den Muttermund eben geöffnet, für einen Finger passirbar; die Frucht in erster Schädellage mit nach hinten gerichteter, leicht erreichbarer kleiner Fontanelle; die Herztöne des Kindes kräftig, die Wehen dagegen lange aussetzend und zögernd. Um 2 Uhr Mittags war der Muttermund rubelgross; die Pfeilnaht in querem Durchmesser; die kleine Fontanelle tiefstehend, gleich links von der Führungslinie, die grosse Fontanelle garnicht erreichbar; es zeichnet: Herztöne des Kindes regelmässig und laut; die Kreissende nicht besonders angegriffen; die Wehen stärker und in kleineren Pausen. Um 8 Uhr Abends war der Muttermund vollkommen erweitert; die kleine Fontanelle vorn in der Führungslinie; die Pfeilnaht im rechten schrägen Durchmesser; der Kopf in die Beckenhöhle eingetreten. Um ½11 Uhr Abends war die Blase gesprungen und hatte, wie Prochownick es gleichfalls angiebt, sehr wenig Fruchtwasser geliefert. Um ½1 Uhr Nachts entwickelte ich mit dem Ritgen-schen Handgriffe, da die äussere Schamspalte sich nur auf 6 Ctm. erweitern liess, den Kopf, wobei trotz seitlicher, tiefer Einschnitte der Damm bis ½ Ctm. vom After einriss. Derselbe ist in der Folgezeit unter Seidenligaturen anstandslos per primam geheilt. — Das Kind, ein Mädchen, schrie sofort laut und kräftig; es war vollkommen reif und ausgebildet; nur auf den Schultern wenig Wollhaar; die Kopfhaare dunkel, lang und reichlich; die Nägel überragen an den Fingern die Kuppe derselben; es war fast 50 Ctm. lang und 2600 Grm. schwer, dagegen aber schlank und so gut wie ohne Paniculus adiposus; die Kopfhaut sehr verschieblich; nur eine sehr geringe Kopfgeschwulst; die Nähte klafften weit von einander; die kleine Fontanelle wie eine Bohne so gross, die grosse 4 Ctm. lang, 2½ Ctm. breit. Die Kopfmaasse, 18 Stunden nach der Geburt gemessen, betrugen: Umfang 31 Ctm., der frontooccipitale Durchmesser 10 Ctm.; der biparietale 9; der bitemporale 8; der mentooccipitale 11½; der Diameter suboccipitobregmaticus 9 Ctm. Das Kind nahm nach einigen Stunden mit Begierde Nahrung zu sich und hat die Ernährung seitdem gute Fortschritte gemacht. Am Ende der ersten Woche war es in Folge mangelhafter Nahrung, die aus Schmand und schlechter Kuhmilch bestand, auf dem Anfangsgewicht stehen geblieben. Am Ende der zweiten Woche überraschte es mich durch eine Zunahme von 360 Grm.

Dieser Fall commentirt sich wohl von selbst. Augenblicklich befindet sich das Kind am Ende der 17. Woche, ist vollkommen gesund und wiegt 4800 Grm.

Die Breus'sche Zange.

Erwiderung an Herrn Prof. Bidder [1])

von

Dr. M. Treymann (Riga).

Die Besprechung, welche Prof. Bidder meinem kurzgefassten Vortrag über die Anwendung der Breus'schen Zange [2]) hat zu Theil werden lassen, veranlasst mich alle meine in Rede stehenden 29 Geburtsfälle zu veröffentlichen. Ich hoffe auf diese Weise am besten allen an mich gerichteten Fragen des Prof. Bidder zu genügen und allen Collegen, die sich der Geburtshülfe widmen, ein interessantes Material vorzulegen.

Zuvor habe ich ein Missverständniss zu beseitigen. Es stände mir übel an, die klinischen Lehrer, denen wir praktische Aerzte so viel verdanken, zu desavouiren, wie Prof. Bidder sich ausdrückt. Ich werde nie aufhören, von ihnen zu lernen und mich auf sie zu berufen. Nichtsdestoweniger bleibt der Gegensatz zwischen Klinik und Praxis in einem andern Sinne bestehen. Auf der einen Seite zweckmässige Einrichtungen, sachverständige Hülfe und Disciplin, unausgesetzte Beobachtung des Geburtsverlaufs — auf der anderen Seite Abwesenheit dieser zur rationellen Leitung einer Geburt nothwendigen Dinge. Der klinische Lehrer kann beispielsweise trotz frühzeitigen Blasensprungs eine Gebärende lange Zeit aseptisch erhalten, sie vor Aufregung bewahren, dem Kräfteverfall wehren, kurz eine gefährliche Geburt sogar exspectativ mit Glück zu Ende führen — der praktische Arzt ist meist nicht in dieser glücklichen Situation, am wenigsten der Armenarzt und der Landarzt. Der praktische Arzt hat oft nach besonderen Indicationen zu handeln, er hat vor Allem mit unzulänglichen Mitteln wider die drohende Infection und die Erschöpfung der Gebärenden anzukämpfen und *kann sie oft nur dadurch aseptisch erhalten* — worauf Prof. Bidder mit Recht so grosses Gewicht legt — *dass er die vernachlässigte Geburt möglichst rasch beendet*, d. h. dass er nicht gar zu ängstlich nach der excessiven Verlangsamung oder Beschleunigung der kindlichen Herztöne sein Handeln einrichtet, sondern rascher, als es auf der Klinik erforderlich, die Geburt operativ beendet. Einen anderen Gegensatz zwischen Kliniker und praktischen Arzt möchte ich nicht statuiren, auch wenn es mitunter vorkommt, dass ein klinischer Lehrer, wie z. B. Prof. Bidder, eingenommen von seiner eignen Lehrmethode, die vom praktischen Arzt auf anderem Wege gewonnenen Erfahrungen nicht gelten lassen will. Denn Kritik und Gegenkritik bedeuten hier keinen Gegensatz, sondern gegenseitige Förderung in der wissenschaftlichen Forschung.

Ich will mich gleich mit Prof. Bidder über einige wichtige Dinge auseinandersetzen, zunächst über die typischen und atypischen Zangenoperationen. Es ist wahr, man kann allerlei darunter verstehen, aber dass ich in meinem Vortrag unter atypischer Zangenoperation die „hohe Zange" gegenüber der „Ausgangszange" verstanden habe, geht gleich aus dem zweiten Satz, aus dem Gesammtinhalt des Vortrags und aus meinem Hinweis auf die Breus'sche Broschüre (Die Beckeneingangszangen, 1885) hervor, welche Prof. Bidder zu ignoriren scheint.

Alle diejenigen Geburten, bei welchen der bereits zum grösseren Theil in das kleine Becken eingetretene Kopf seine natürlichen Rotationen beginnt und die verschiedenen, von Prof. Bidder angeführten Stellungen einnimmt, werden selbstverständlich am besten mit der gewöhnlichen Zange zu beenden sein. Ich würde

[1]) S. № 1 der St. Pet. med. Woch. 1890.
[2]) S. № 47 l. c. 1889.



sie deshalb zu den typischen, wenn auch oft schwierigen Geburten rechnen. Doch auch darüber könnte sich ein Streit erheben. Prof. Bidder hätte eben fragen sollen, was ich unter „hohem Kopfstande" verstehe. Obwohl nun Prof. Zweifel (Lehrbuch p. 99) der Meinung ist, dass unter geübten Geburtshelfern eine weitere Erklärung darüber überflüssig ist, so will ich doch im Interesse der Sache bemerken, dass wenn ich im folgenden Referat den Ausdruck „hoher Kopfstand" gebrauche, ich darunter den Stand des Kopfes im Beckeneingang verstehe, bei welchem „die am tiefsten stehende Rundung des Schädels, die sog. Leitstelle (Fritsch)" etwa 2 Finger breit über der Spina ischii steht (l. c. pp. 99, 100). Um diesen Hochstand zugleich mit dem langsamen Fortschritt der resp. Geburten kurz zu charakterisiren, habe ich auch im Vortrag angegeben, dass das Os uteri in 22 Fällen nur 4—7 Cent. weit im Durchmesser war. Diese Angabe kann nur denjenigen überraschen, der an dem hohen Kopfstand bei meinen Geburten zweifelt und deshalb die Hinweise auf die lange Geburtsdauer und den frühzeitigen Abfluss des Fruchtwassers unberücksichtigt lässt. Prof. Bidder kann freilich einwenden, dass es sich ja um Cervixdehnung gehandelt haben könne. *Alles zusammen* deutet aber doch auf die ungewöhnliche Schwierigkeit meiner Fälle hin. Mein Referat wird erweisen, in wiefern ich ein Recht hatte, von „allerschwersten Geburten" oder atypischen Zangenoperationen in meinem Sinne zu sprechen. Jedenfalls wird sich zeigen, dass die relativ zahlreichen Facialparalysen durchaus keine Bedenken über die Wirkung der Breus'schen Zange erregen dürfen, sondern sich nur als die natürliche Folge der hohen Anlegung der Zange ergeben. Die Breus'sche Zange bewährte sich dabei als ein sehr sicher haltendes und trotz Allem milde wirkendes Instrument.

Es mag zu beklagen sein, dass bei hoher Querstellung des Kopfes die Beckeneingangszange den Kopf — mehr oder weniger — über Stirn und Hinterhaupt fasst und in dieser Fassung in die Beckenhöhle ziehen muss. Dies ist aber bei derartig hoher Zangenapplication nicht zu vermeiden und kann als Kunstfehler allenfalls bei Anlegung der classischen Zange im kleinen Becken betrachtet werden (Winckel), nicht aber bei der Beckeneingangszange. Ganz ebenso wie Breus sich in seiner von mir citirten, leider viel zu wenig gelesenen Broschüre, und Hegar-Stahl (Geb. Operat. pag. 130 u. 131) äussern, stellt Zweifel (Lehrb. p. 655) die Sache dar: „Hoch im Becken kann man die Zange nicht anders als in den Querdurchmesser des Beckens anlegen. Je stärker die Beckenkrümmung der Zange ist, um so weniger ist vom Querdurchmesser des Beckens abzuweichen. Dann ist es auch klar, dass bei Querstand des noch hoch befindlichen Kopfes die Zange diesen immer im geraden oder einem diagonalen Durchmesser fassen muss, je nachdem die Pfeilnaht genau im queren oder mehr in einem schrägen Durchmesser verläuft. Von Drehen kann in solchem Falle gar keine Rede sein (sic!)...... Die Drehungsmethoden können also nur bei dem in das kleine Becken eingetretenen Kopf beabsichtigt werden." Die Beckeneingangszange kann also keinenfalls zu Drehungen benutzt werden, wie Prof. Bidder von ihr erwartet hat, sie hat nur den Zweck (s. d. Breus'sche Broschüre), den Kopf in die Beckenhöhle zu ziehen, wo dann meinethalben die Drehungen nach Scanzoni (s. Zweifels Lehrb., pag. 654—660, 1888) mit dem classischen Forceps vorgenommen werden mögen von den Praktikern, die sich darin geübt haben und die es für nöthig halten. Ich meinerseits halte von den beabsichtigten Drehungen, wie Prof. Bidder sie ausführt, sehr wenig und würde sie keinem angehenden Arzte anrathen, besonders nachdem Prof. Bidder die 5 Zangenoperationen bei nicht vollständig eröffnetem Muttermunde mitgetheilt hat. 2 Mal Colpitis gangraenosa, und eine Vesico-Vaginalfistel im 5-ten Fall, bei welchem an den hochstehenden Kopf die gewöhnliche Zange applicirt und nach schweren, „drehenden Tractionen" ein todtes Kind geboren wurde. Hier ist ein Widerspruch mit Prof. Bidders Deductionen. Warum wurde nicht statt der „schweren Zange" die Perforation angewandt? Haben denn die drehenden Tractionen gar keinen Antheil an der Vesico-Vaginalfistel und der Colpitis gangraenosa gehabt? Im Vergleich zu meinen Erfahrungen finde ich, trotz dem Wasserabfluss im Beginn der Geburt, die 41-stündige Geburtsdauer gar nicht excessiv lang. — Strict bestreite ich, dass bei Vorderscheitellage die Drehung der grossen Fontanelle nach vorn „durch richtige Führung der classischen Zange leicht vermieden werden kann." Leicht und oft gewiss nicht. Und bei nicht vollständig eröffnetem Muttermunde doch erst recht nicht! Hegar-Stahl (pag. 134 l. c.) hält es für überflüssig und warnt davor, Zweifel (l. c. pag. 660) räth für die Drehungen nach Scanzoni grosse Vorsicht an und sagt speciell (p. 658) darüber: „Wenn das auch zu machen ist, so ist es doch nicht allgemein zu rathen. Geht die Geburt in Vorderscheitellage vorwärts, so wird Niemand daran denken, drehen zu wollen. Erst wenn ein Stillstand eintritt und es nothwendig wird, zu operiren, besteht die Wahl (sic!), die Drehung zu machen und in Scheitellage zu extrahiren oder die Entbindung in Vorderscheitellage zu beendigen." — Ich entscheide mich immer für das Letztere und glaube im Uebrigen, dass Winckel (Geb. pg. 690, 1889) Recht hat, wenn er sagt: „Dieses Drehen (mit der Zange) ist eine Hebelwirkung, die Hauptsache ist der Zug, denn die Drehung wird ohnehin von den Beckenräumlichkeiten und Weichtheilen bewirkt, wir können dieselbe daher leicht hindern und sollen ihr mehr folgen als sie activ bewirken." Da ich nun die Ueberzeugung gewonnen habe, *dass der Zug allein vollkommen genügt*, und jede absichtliche Drehung des Instruments um seine Längsachse, wie Prof. Bidder es augenscheinlich meint, für überflüssig, ja gefährlich halte, so meine ich, dass die Breus'sche Zange oft mit gutem Erfolg die Functionen der classischen Zange übernehmen kann, ohne dies vorzügliche, eigens für das kleine Becken geschaffene Instrument ersetzen zu können. Der Erfinder selbst betont diesen wesentlichen Unterschied der beiden Zangen aufs nachdrücklichste. Ich habe nämlich oft den in die Beckenhöhle aus dem Eingang herabgezogenen Kopf mit der Breus'schen Zange durch's kleine Becken und den Ausgang geleitet — aus verschiedenen, nicht näher zu erörternden Gründen — und dabei gefunden, dass wenn auch einige Nachtheile im Vergleich zum classischen Forceps sich geltend machen, doch alle die Drehungen, welche Prof. Bidder vornimmt, um „den Kopf beliebig zu leiten nach unserem Willen", alle diese „rationellen Bewegungen" bei einfachem, nicht übermässig starkem Zug spontan in und mit der Breus'schen Zange zu Stande kommen. Ausgenommen bleibt die Gesichtslage mit nach hinten gerichtetem Kinn, und manchmal, nicht immer, der tiefe Querstand des Kopfes. Wenn die Tractionen so gemacht werden, dass das Schloss von Zeit zu Zeit geöffnet wird, so dreht sich, *viel leichter als beim Zug mit dem classischen Forceps, der Kopf* 1) *in der Zange* mit dem Hinterhaupt nach vorn, oder wenn der Raum zu eng und starr oder Grösse und Lage des Kindes ungünstig sind, wie z. B. bei Vorderscheitellage und tiefem Querstand 2) *mit der Zange* in den schrägen und zuletzt in den graden Durchmesser des Beckens. Sie wird dann abgenommen und die Entwickelung des Kopfes mit dem Ritgen'schen Handgriff, manchmal auch noch mit der classischen Zange beendet. Vagina und Damm werden dabei freilich stark gedehnt, doch helfen in dieser Verlegenheit sehr viel die seitlichen Incisionen. Sorgfältige Vereinigung und antiseptische Nachbehandlung thun das Uebrige. Bis zur Heilung, die bei Allen vollständig erfolgte, vergingen in einzelnen Fällen wohl 20—28 Tage, wobei ich jedenfalls keine Colpitis gangraenosa zu beobachten Gelegenheit hatte.

Die Breus'sche Zange kann also sehr wohl, unter gewissen Umständen, im kleinen Becken für den classischen Forceps eintreten, nicht aber umgekehrt der letztere für die Achsenzug- oder Beckeneingangs-Zange bei hochstehendem Kopf. Im letzteren Fall ist nach meinen Erfahrungen die Gefahr für Mutter und Kind so gross, dass die Wirkung beider Zangen kaum in Vergleich gestellt werden kann — besonders bei nicht genügend erweitertem Muttermunde. Ich wage diese Behauptung aufzustellen, weil ich in einer 25-jährigen Praxis, wovon 16 Jahre auf die Landpraxis fallen, in Nothfällen öfter, als mir lieb war, den classischen Forceps bei hohem Kopfstand anlegen musste. Trotzdem glaube ich nicht, dass ich auch nur in 2, 3 Fällen von meinen 29 gewagt hätte, es zu versuchen.

Ueber die Perforation möchte ich mit Prof. Bidder nicht streiten. Sie mag *an und für sich* bei antiseptischer Behandlung nicht als gefährlich betrachtet werden. Davon ist aber in meinen Fällen nicht die Rede. Wenn man berücksichtigt, über welche Fälle aus der Privatpraxis ich referire, wenn man bedenkt, dass bei so gering erweitertem Muttermunde und hochstehendem Kopf die Perforation vorgenommen werden musste und dass bei der langen Geburtsdauer und dem längst erfolgten Wasserabfluss, entsprechend den heutigen Forderungen der Antiseptik, *die Extraction sofort hätte angeschlossen werden müssen*, so wird man begreifen, dass ich Prof. Bidder ganz und gar nicht beistimmen kann. Winckel (l. c. pag. 657) sagt: „An und für sich ist die Perforation für die Mutter weder schmerzhaft noch gefährlich. Sie wird letzteres aber häufig durch die ihr nachgeschickte Extraction...... Hieraus ergiebt sich die Regel, dass man, auch bei todter Frucht, die Perforation nicht zu früh macht und ihr die Extraction, sobald als nur möglich ist, folgen lässt." Natürlich! Was hätte ich bei meinen zum Eingriff drängenden Geburten sonst thun können, als Perforation und Extraction zu vereinen! Vermuthlich hätte ich dann mehr als die Hälfte meiner Gebärenden verloren.

Meine mit der Breus'schen Zange behandelten 29 Geburten (heute 30) fallen in der Zeitraum vom Nov. 86 — Jan. 90. Gemäss den sofort nach der Entbindung gemachten Notizen referire ich die einzelnen Fälle, die freilich auf klinische Genauigkeit keinen Anspruch erheben. Wo keine ausdrückliche Bemerkung gemacht ist, sind die Beckenmasse normal gefunden worden. Die Messung der Conjug. diagonalis ist fast immer manuell — manchmal gleich *nach* der Geburt zur Controle — vollzogen worden. Um abzukürzen und weiteren Erörterungen zu begegnen, bemerke ich gleich, dass mit Ausnahme einiger Fälle, wo die kindlichen Herztöne verdächtig wurden — die äusserste Erschöpfung und Verzweiflung der Gebärenden, meist complicirt mit Krampfwehen oder beginnender Zersetzung des Fruchtwassers und Fieber, mich zur Application der hohen Zange nöthigten. Ganz gut eröffnet nenne ich den Muttermund bei mindestens 8 Ctm. Durchmesser.

1) Fr. L. W., 40 j. I para. Beginn der Geburt mit Wasserabfluss vor 48 Stunden. Krampfwehen. Kindskopfgrosses Myom im Fundus, kleines Myom vorn. Muttermund gut eröffnet. Hoher



Kopfstand. Kl. Fontanelle tiefer rechts, grosse Font. nicht zu erreichen. B r e u s'sche Zange mit halber Hand leicht anzulegen. Leichte Tractionen, wobei das Hinterhaupt in der Zange sich nach vorn dreht. Leb. Mädchen. 2 Dammnähte. *Placenta manuell gelöst.* Keine Harnverhaltung. Fieberfreies Wochenbett. Am 10. Tage aufgestanden. 2 kleine Cervixrisse.

2) Fr. A. Z., 31 j. I para. Seit 48 Stunden Wehen. Vor 8 Stunden Fruchtwasser abgeflossen, seitdem unveränderter hoher Kopfstand bei starker Kopfgeschwulst. Kl. Fontanelle tiefer rechts, gr. nicht zu erreichen. Os uteri 4 Cent., dehnbar, weich. Einführung der Zange mit halber Hand, schwer, Tractionen leicht. Leb. Knabe. Harn bald nach der Geburt spontan gelassen. Am 10. Tage aufgestanden.

3) Fr. F. W. 25 j. I para. Beginn der Geburt mit Blasensprung, Dauer 45 Stunden. Sehr schwache und schmerzhafte Wehen. *Beckenmaasse normal.* Kopf anfangs im Eingang quer, macht die Bewegungen wie beim platten Becken (s. L i t z m a n n), bleibt schliesslich mit links tiefer stehender kl. Fontanelle 1 Cent. über der l. Spina ischii 5 Stunden stehen. Os uteri 5 Cent. Schwere Tractionen, bei denen das nicht incidirte Os uteri sich langsam erweitert und die kl. Fontanelle sich in die Mittellinie dreht. Dammriss, mit 5 Schleimhaut- und 2 Hautnähten vereinigt. Leb. Knabe mit umschlungener Nabelschnur, zuerst leicht asphyktisch. Umfang des Kopfs 34½ C., K. Länge 56 C., Gewicht 8 ℔, jetzt 3 Jahr alt, gut entwickelt. Cervixriss rechts. Normales Wochenbett. Zweite Geburt eines ausgetragenen Knaben im Juni 88 in 5 Stunden. Dritte Graviditas 1889.

4) Fr. Dr. H., 27 j. I para. Schwere Gravidität. Fast beständige Hyperemesis. Morphiumsucht (bis zu 0,5 Grm. pro die). Langsamer Wasserabfluss 4 Tage vor Beginn der Geburtswehen. 42 stündige Geburtsdauer. 4 Stunden vor Anlegung der Zange steht der Kopf noch beweglich über dem Beckeneingang. Endlich steht er bei schwachen, sehr schmerzhaften Wehen und vollständiger Erschöpfung der Gebärenden hoch fixirt. Os uteri 4 C., mit wulstigem, schwer dehnbarem Rande. 2 Incisionen rechts und links. Kl. Fontanelle etwas tiefer links, gr. F. nicht zu erreichen. Application der Zange schwer, ebenso die Tractionen. Als der Kopf bei vollständig erweitertem Muttermunde in das kl. Becken tritt, gleitet die B r e u s'sche Zange langsam ab. [3]) Anlegung der N a e g e l e'schen Zange im l. schrägen Durchmesser, da die kl. Fontanelle sich nach links vorne gedreht hatte. Entwickelung eines leicht asphyktischen, bald wiederbelebten Knaben. Gewicht 9¼ ℔. Jetzt 3-jähriges, physisch und psychisch gut entwickeltes Kind. Afebriles Wochenbett. Kleiner Dammriss. Von der Morphiumsucht ist die Mutter durch 4-monatlichen Aufenthalt in einer Anstalt geheilt worden. 1889 zum 2. Male gravida. L. 4 Mm. langer Cervixriss.

5) Fr. D., 34 j. I para. Geburtsdauer 48 Stunden. Vor 4 Stunden Wasserabfluss. Os uteri eröffnet. Kopf hoch, *in Narcose beweglich über dem Beckeneingang.* Gr. Fontanelle rechts tiefer, kl. nur in der Narcose mit halber Hand zu erreichen H. O. L. Application der Zange und Tractionen schwer. Kopf *in Vorderscheitellage* entwickelt, Zange im Ausgang abgenommen, R i t g e n's Handgriff. 2 seichte Einschnitte in die Labien. *Kein Dammriss.* Leb. Mädchen, anfangs leicht asphyktisch. *Manuelle Lösung der Placenta.* Normales Wochenbett.

6) Frau A. N., 30-j. I para. Geburtsdauer 55 Stunden. Wasserabfluss im Beginn. Os uteri 6 Ctm. Trotz Kopfgeschwulst hoher Kopfstand. Nach der Application steht die Zange im 1. schrägen Durchmesser. Kleine Fontanelle (sehr schwer zu erkennen) links tiefer. Der Kopf dreht sich mit dem Hinterhaupt während der schweren Tractionen nach vorne, zeigt *links rasch schwindende Facialparalyse.* Leb. Knabe, gedeiht gut. Kopfknochen hart. Normales Wochenbett. Harn 1½ Stunden nach der Geburt spontan gelassen.

7) Frau A., 31-j. I para. Vor 96 Stunden Wehenbeginn mit Wasserabfluss. Os uteri 6 Ctm. Sehr schmerzhafte, 6 Stunden lang nichts fördernde Wehen. Trotz Bad und Opium keine Veränderung. Diagnose der Kopflage nur in der Narcose möglich: Kopf im Eingang, quer, gr. Fontanelle links oben, etwas tiefer. Nach der Application liegt die Zange annähernd im rechten schrägen Durchmesser. Unter allmäliger forcirter Erweiterung des Os uteri, tritt die kleine Fontanelle rechts vorne herab, dreht sich in die Mittellinie, wird mit der B r e u s'schen Zange durch den Ausgang gezogen. 4 seitliche Incisionen. Kein Dammriss. Leb. Knabe, anfangs asphyktisch, gedeiht gut. Normales Wochenbett. Wegen allg. Schwäche 20 Tage zu Bett.

8) Fr. M. Fr., 23-j. I para, kleine, blutarme Frau. Geburtsdauer 34 Stunden. 9 Stunden nach dem Wasserabfluss Krampfwehen. Opium mit geringem Erfolg. Os uteri 6 Ctm. Kopf hoch. Sehr enge Vagina und Vulva. Schwere Tractionen, ½ Stunde lang, entwickeln ein lebendes Mädchen *mit rechtsseitiger Facialparese*, die bald schwindet. 4 seitliche Incisionen. Kein Dammriss. Wochenbett normal. Harnentleerung spontan 2 Stunden nach der Geburt, in der Nacht noch einmal. Kind 10½ ℔ schwer, 35 Ctm. Kopfumfang, hat den Keuchhusten überstanden, ist 2¾ Jahr alt, gesund,

9) Fr. O., 44-j. VII para. Von den 6 Kindern 3 todt geboren. Plattes, hohes Becken mit geräumiger Höhle und weitem Ausgang. Conjug. diagon. 11, vera = 9 Ctm. Geburtsdauer 55 Std. Wasserabfluss vor 40 Stunden. Kopf im Eingang quer, kleine Fontanelle rechts, grosse links, beide nur in der Narcose mit halber Hand zu erreichen. Kopf in *tiefer Narcose beweglich* über dem Eingang. Da der Uterus stark contrahirt ist, wird von der Wendung abgesehen und ein Zangenversuch gemacht. Die B r e u s'sche Zange erweist sich als zu kurz, droht abzugleiten, wird abgenommen. Wendung, wegen des Contractionsrings kaum auszuführen. Nach Lösung der Arme bleibt der Kopf stecken, *das Kind stirbt ab.* Dabei steht der Kopf quer im Beckeneingange festgekeilt. Occiput hochstehend. Hals um die Längsachse gedreht. Daher misslingt der Enthirnungsversuch durch das Foramen occipitale, welcher mir ein paar Mal gute Dienste geleistet hat. Unter starker Kraftanwendung, Druck von oben und Zug am Kinn gelingt endlich mit einem plötzlichen Ruck die Entwickelung des Kopfes. Bei und nach Lösung der Placenta starke Blutung. Eiswasser-Irrigation. Sehr grosses Kind, 11½ ℔ schwer. Kopfumfang 36 Ctm., Kopfknochen sehr hart. Parametritis, Fieber mit Schüttelfrösten bis 39,2. Harnentleerung stets spontan. Nach 4 Wochen genesen. Jetzt gesund und kräftig.

10) Fr. Gr., 35-j. II para. Vor 13 Jahren das erste Kind, todt geboren. *Beckenmaasse normal.* Sehr beleibte Frau. Vor 60 Stunden Fruchtwasser abgeflossen. Krampfwehen (Opium). Muttermund eröffnet. Hoher Kopfstand. Kleine Fontanelle tiefer links, fast in der Führungslinie, wie beim allgemein verengten Becken (L i t z m a n n), die grosse Fontanelle auch mit halber Hand nicht zu erreichen. Der Kopf wird *über Stirn und Hinterhaupt sammt Nacken gefasst.* (Druckmarken schräg über dem rechten Scheitelbein, Nase und Mund — Gesicht bläulich, — und über das Hinterhaupt nach links bis zum Nacken). Trotz schwerer Tractionen sitzt die Zange *sehr fest.* Das Hinterhaupt dreht sich in der Zange nach vorn. 2 Incisionen. Kein Dammriss. Leb. Knabe, Kopfumfang 36½ Ctm., gedeiht gut, bekommt im 6. Monat die ersten Zähne. Keine Entstellung. Mutter gesund, wird nur einmal catheterisirt, dann spontane Harnentleerung. Afebriles Wochenbett.

11) K. R., 31-j. II para. Vor 13 Jahren erstes Kind. Geburtsdauer 72 Stunden. Fruchtwasser übelriechend. Os uteri 6 Ctm., vordere Lippe ödematös. Hoher Kopfstand: harter Kopf, kleine Fontanelle seitlich links hoch, grosse F. nicht zu erreichen. Schwere Tractionen. Der Kopf dreht sich mit der kleinen Fontanelle in der Zange nach vorn. Kein Dammriss. *Placenta* rechts, ganz adhärent, *manuell gelöst.* Leb. Mädchen, nach einer Minute schreiend, 11 ℔ schwer. Länge 60 Ctm., Kopfumfang 38 Ctm. In der Nacht lässt die Wöchnerin spontan Harn. Wochenbett normal bis auf eine mässige Spätblutung am 12. Tage. Kleiner Cervixriss rechts.

12) Frau P., 32-j. I para. Wasserabfluss vor dem Wehenbeginn. Geburtsdauer 60 Stunden. Os uteri 4 Ctm. Hoher Kopfstand: grosse Fontanelle etwas tiefer rechts. Schwere Application der Zange, schwere Tractionen. Das weibliche Kind wird *in Vorderscheitellage mit der Breus'schen Zange* entwickelt, schreit gleich, zeigt eine Druckmarke an der rechten Schläfe, *Facialparalyse links*, die erst nach 4 Wochen schwindet. Gewicht 8½ ℔, Kopfumfang 34 Ctm. Das Kind ist heute 2¼ Jahr alt, nicht entstellt, vollkommen gesund. Kleiner Dammriss, mit Catgut genäht. Afebriles Wochenbett, 20 Tage zu Bett. Spontane Harnentleerung 9—10 Stunden nach der Geburt. November 1888 zweite Geburt in 10 Stunden: leb. Mädchen. 1889 dritte Schwangerschaft.

13) W., 38-j. I para. Plattes Becken (32, 27, 23, 19 Conj. diagon. 10½—11, vera = 8½—9). Geburtsdauer 36 St., Wasserabfluss vor 26 St., Os uteri 4 Ctm., sehr weich und dehnbar. Kopf hochstehend. Kleine Fontanelle links tiefer. Krampfwehen. Der 2. Löffel ist schwer zu adaptiren. Bei der ersten starken Traction tritt der Schädel mit fühlbarem Ruck in's kleine Becken, wird mit nach vorne sich drehender kleiner Fontanelle gut entwickelt. Dammriss trotz seitl. Incisionen, nach 7 Tagen verheilt. Leb. Knabe, 8 ℔, Kopfumfang 35 Ctm., K.-Länge 55 Ctm. Normales Wochenbett. Harn nur einmal mit dem Catheter, dann spontan entleert.

14) Fr. H., 18-j. I para. Geburtsdauer 48 Stunden, Wasserabfluss vor 24 Stunden, übelriechend. Os uteri 6—7 Ctm., weich. Hoher Kopfstand, so dass der mich consultirende College den gewöhnlichen Forceps nicht anlegen will. Kleine Fontanelle links zu erreichen. Die B r e u s'sche Zange wird im linken schrägen Durchmesser angelegt. Seitl. Incisionen, trotzdem Schleimhautriss. Leb. Knabe. Zweite Geburt 1889.

15) K. P., 28-j. III para. Beginn der Geburt vor 40 Stunden mit Wasserabfluss. Von einer Curpfuscherin maltraitirt. Muttermund 7 Ctm.; vordere Lippe und äussere Scham ödematös. Krampfwehen, seit 3 Stunden Stillstand der Geburt. Hoher Kopfstand, kleine Fontanelle links zu erreichen. In der *Narcose wird der Kopf beweglich.* Leichte Tractionen. Leb. Knabe mit *linksseit. Facialparalyse* und Druckmarken über dem rechten Scheitelbein und dem rechten Auge, schreit sofort. Afebriles Wochenbett.

[3]) Ich hatte sie in Folge starker Erschöpfung durch eine in derselben Nacht geleitete Zangengeburt leider nicht hoch genug hinaufgeführt.



16) L. Gr., 22-j. I para. Sehr schwächlich. Oedem der Unterschenkel. Seit 6 Tagen schwache beständige Wehen. Leib enorm ausgedehnt, ganz hart und gespannt. R. U. deutlicher Foetalpuls. Von aussen keine Kindstheile durchzufühlen, per vaginam ein beweglicher Kopf. Verdacht auf Zwillingsschwangerschaft. Nach 2-tägigem Warten und mässigen Opiumdosen steht der Kopf hoch fixirt. Os uteri 5—6 Ctm. Die Breus'sche Zange fasst den kleinen Kopf *über Stirn und Hinterhaupt* und extrahirt ihn ganz leicht. Trotzdem ist und bleibt das *Kind todt*. Das zweite Kind stellt sich eine Stunde später unter starken Wehen in Querlage. Leichte Wendung, Extraction eines *leb. Mädchens* unter enormem Fruchtwasserabfluss. Gleich danach werden 2 gesonderte Placenten ohne erhebliche Blutung ausgestossen. Unter Eiswasser-Irrigation und Massage contrahirt sich der Uterus gut. Die Pat. hat im Laufe des Tages 20 gtt. Opium verbraucht und (in einer Stunde) höchstens 1½ Unzen Chloroform. Während der Wendung 2 Mal aus der Narkose erwachend und sich noch aufrichtend, wacht sie später trotz aller Maassnahmen nicht auf. Die Athmung wird sehr langsam, sistirt dazwischen, der Puls wird sehr frequent, die Pupillen weit — und bei guter Contraction des Uterus, ohne irgend welche Blutung, *stirbt die Kranke* 1 Stunde nach der Geburt des 2. Kindes.

(Schluss folgt.)

Referate.

D. v. Szabó: Zur Frage der Selbstinfection. (Archiv für Gynäkologie. Bd. 36, Heft 1).

Seitdem Ahlfeld auf die schon von Semmelweis ausgesprochene Möglichkeit einer Autoinfection im Wochenbette wiederum aufmerksam gemacht, hat die Lehre von der Selbstinfection das Interesse der Geburtshelfer eine geraume Zeit hindurch vornehmlich in Anspruch genommen und ist derselben eine rege literärische Besprechung zu Theil geworden. Werthvolle bakteriologische Untersuchungen und statistische Arbeiten haben jedoch bis jetzt noch keine endgültige Entscheidung dieser wichtigen Frage herbeizuführen vermocht. In vorliegender Studie sucht Verf. auf Grund einer gut verwertheten Statistik den Standpunct, welchen er dieser Frage gegenüber einnimmt, zu begründen. Das von S. benutzte Material von über 8000, im Laufe der Jahre 1874—1887 erfolgten, Geburten in der I. geburtshilflichen Klinik in Budapest kann als ein selten geeignetes bezeichnet werden, weil in dieser Anstalt weder vor der Geburt, noch im Wochenbette desinficirende Ausspülungen der Scheide gemacht werden. Die „Thatsachen aus der Statistik" sind in Kürze folgende: 1) das stete Sinken der Erkrankungen seit Einführung der Antisepsis; 2) das Schwanken der Erkrankungen je nach den untersuchenden Personen; 3) das Schwanken der Erkrankungen im Laufe desselben Jahres; 4) das gruppenweise Auftreten der Erkrankungen im Wochenbette; 5) das Schwanken der Erkrankungen je nach der Zahl der Geburten, die auf 24 Stunden entfallen; 6) die wenigsten Erkrankungen erfolgen seit Benutzung des Sublimats. Eine gesonderte Betrachtung der „Wochenbette mit erhöhten Temperaturen" ergiebt, dass erhöhte Temperaturen häufig gefunden werden 1) bei Wunden der äusseren Geschlechtstheile, 2) beim Zurückbleiben von Eitheilen, 3) am ersten Tage des Wochenbettes. In der detaillirten Ausführung der einzelnen Puncte, auf welche wir hier aus Mangel an Raum nicht näher eingehen können, weist Verf. wiederholt darauf hin, dass „die Hauptquellen der Erkrankungen in der Infection von aussen zu suchen sind. Der 3. Abschnitt handelt von den „Geburten ohne innere Untersuchung". Bei den Geburten auf der Gasse und den überstürzten Geburten sind 79% normale Wochenbette verzeichnet, während bei den in den letzten 4 Jahren in der Klinik erfolgten Geburten über 80% normale Wochenbette erreicht worden sind. In den Abstinenzzeiten, in welchen jede innere Untersuchung untersagt ist, verliefen nur 63% der Wochenbette normal; waren operative Eingriffe bei oder nach der Geburt nothwendig, so sinkt die Zahl der normalen Wochenbette auf 54%. Solche Resultate berechtigen S. den Schluss zu ziehen, dass es „unmöglich ist die Selbstinfection als alleinige Ursache dieser Erkrankungen gelten zu lassen". Bei den Gassengeburten sind es die ungünstigen Verhältnisse während der Geburt, bei den Geburten in einer Enthaltungszeit die in der Klinik liegenden Stoffe und nicht der Keimgehalt der Scheide, welche als Quellen der Erkrankung beschuldigt werden müssen. Im letzten Abschnitte „Abwehr der Selbstinfection" unterzieht Verf. die Arbeiten einiger Autoren einer Kritik und vergleicht die Resultate mehrerer Anstalten, in welchen die Geburtswege prophylaktisch desinficirt werden, mit den Resultaten derjenigen, in welchen solche Vorkehrungen nicht getroffen werden. Das Resultat dieser Parallele ist, dass manche Anstalten mit Scheidenausspülungen keine besseren Erfolge erzielen, als andere ohne dieselben. Nach S. ist daher „die Nützlichkeit der Scheidenausspülungen vor der ersten Untersuchung einer Kreissenden theoretisch noch nicht ohne allen Zweifel ergründet, ist praktisch noch nicht bewiesen, sondern bildet einen Gegenstand weiterer Untersuchungen, darum sollte von der Einführung der vorausgehenden Scheidenausspülung in die Hebammenpraxis noch keine Rede sein". Dobbert.

E. Welti: Ueber die Todesursachen nach Hautverbrennungen. (Ziegler und Nauwerk: Beiträge zur pathol. Anatomie. Bd. IV, H. 5, 1889. Wiener klin. Wochenschr. № 37, 1889).

Nach Erörterung der älteren Erklärungsversuche von Hebra (Shok), Kuehne (Ausfall der Hautperspiration), Billroth (Anhäufung von kohlensaurem Ammoniak im Blut), Sonnenburg (Reflex) bespricht Vf. die von Wertheim, Ponfick, Schmidt und Klebs vertretenen Ansichten in dieser Frage (Zerfall der rothen Blutkörper und Thrombosen durch Zerfallsprodukte). Zur Klärung dieser Frage galt es besonders bei den Thierversuchen die durch die Erwärmung eines Körpertheiles hervorgerufenen Blutveränderungen zu studiren. Als Versuchsthiere wurden Kaninchen benutzt. Die Blutpräparate wurden nach einer eigenen Methode hergestellt, wobei besonders auf Blutplättchen untersucht wurde, deren Bildung bekanntermaassen durch die Erwärmung begünstigt wird. In der ersten Versuchsreihe wurde ein Körpertheil (Ohren) einer langsamen Verbrühung bis zu dem in ein bis zwei Stunden eintretenden Tode des Thieres unterzogen. Bei 60,5° traten als Zerfallprodukte der rothen Blutkörper eigenthümliche Kügelchen (eosinophile Körper) auf, welche bei rascher Verbrühung schon bei 57° zu bemerken waren. In vielen Organen konnte man sehr schön die Entwickelung der Blutplättchenthromben, welche sowohl aus weissen als rothen Blutkörperchen bestehen, verfolgen. Ein Theil der Blutplättchen bedingt am Orte der Verbrühung thrombotische Gefässverschliessung; ein anderer Theil geht in den Kreislauf über; Dank ihrer klebrigen Beschaffenheit sammeln sie sich zu Häufchen, bilden wandständige Plättchenlager (wandständige Thromben), welche in den Venen lange ihre ursprüngliche Form beibehalten, in den Arterien aber bald in homogene und hyaline Thromben übergehen. Die Versuche der ersten Reihe, Verbrühung bis zum Tode des Thieres, unterscheiden sich von den Versuchen der zweiten Reihe durch das Fehlen der Magengeschwüre und der durch die Thromben bedingten Nekrosen in der Niere und im Centralnervensystem. Es trat der Tod der Versuchsthiere ein, bevor es zur Ausbildung jener regressiven Veränderungen kam. In der zweiten Versuchsreihe, bei rascher, kurz andauernder (5 Min.) Hitzeeinwirkung blieben die Thiere noch tagelang am Leben und konnten an ihnen die Folgen der Verbrennung genau studirt werden. Die Blutuntersuchung während des Versuches ergab die gleichen Resultate, wie früher. Bei Untersuchung der Organtheile an gehärteten und gefärbten Schnitten fand sich in Hirn, Rückenmark, Niere, Lungen etc. überall Thrombenbildung. Allenthalben traf man in den Piagefässen theils freie Plättchenhaufen, theils wandständige Plättchenthromben und in den Arterien und Venen hyaline, mit zahlreichen Vacuolen versehene Thromben. Die Medulla oblong. zeigte Blutplättchenthromben der Venen, hyaline Thromben der Art. und Ven. mit globulöser Stase. Auch fanden sich hier Hämorrhagien und Nekrosen von Nervenelementen (Boden des IV. Ventrikels, Centra). In der zweiten Versuchsreihe konnten ausnahmslos Veränderungen im Magen constatirt werden und zwar alle Stadien von der Hämorrhagie bis zum eigentlichen Geschwür. Jedenfalls sind in den Folgen der Blutveränderung die Todesursachen bei ausgedehnten Hautverbrennungen zu suchen. Hess.

Gerber: Der Retronasalcatarrh und seine Behandlung, mit besonderer Berücksichtigung des «Morbus Tornwaldtii». (Therap. Monatsh. 1.).

Tornwaldt (Ueber die Bedeutung der Bursa pharyngea etc. Wiesbaden 1885) hat für eine bestimmte Gruppe catarrhalischer Erkrankungen des Cavum pharyngonasale die „Bursa pharyngea" (cf. F. J. C. Mayer, Neue Untersuchungen a. d. Gebiete der Anat. und Physiol. 1842 und Luschka, der Schlundkopf des Menschen. Tübingen 1888) verantwortlich gemacht und Diagnose und Therapie der Hypersecretion und der Cystenbildung der Bursa pharyngea genau präcisirt. Hinsichtlich der durch diese Arbeit veranlassten zahlreichen Meinungsäusserungen muss Ref. auf das Original verweisen und sei hier nur das Resumé dieser wichtigen Arbeit wiedergegeben:

1) Viele Symptome, deren Ursache man früher in Nase und Rachen gesucht hat, sind nur Theilerscheinungen des Retronasalcatarrhs, der eine der häufigsten Erkrankungen der oberen Luftwege ist.

2) Die Diagnose des Retronasalcatarrhs ist mit Sicherheit nur durch die pharyngo-rhinoskopische Untersuchung zu stellen; sie allein giebt Auskunft über den speciellen Charakter des betreffenden Catarrhs.

3) An dem Catarrh ist entweder:

a) die ganze Schleimhaut des Rachendachs gleichmässig betheiligt (diffuser Catarrh), oder es sind

b) vorwiegend einzelne Spalten der Schleimhaut des fornix pharyngis (Recessuscatarrh),

c) vorzugsweise die mittlere Tonsillarspalte betroffen, die auch meist die tiefste ist.

4) Auch die Rosenmüller'schen Gruben können der Secretretention in hohem Grade dienen, besonders wenn sie durch Schleimhautfalten in Fächer getheilt sind.



5) Es kommen Fälle von ausschliesslich am Rachendach localisirten atrophirenden Catarrhen vor. In diesen ist in der Regel ein mässiger foetor ex ore vorhanden.

6) Für die Behandlung ist es wichtig festzustellen, woher das Secret stammt.

Recessuscatarrhe indiciren die von Tornwaldt angegebene Therapie (Argent. nitric. in Substanz, Galvanocauter. Hinze.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Rudolph Voltolini: Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes nebst einer Abhandlung über Elektrolyse für Specialisten, Chirurgen und praktische Aerzte. Mit 48 Abbildungen im Text und 3 Tafeln in Farbendruck. Breslau 1888. Verlag von E. Morgenstern.

Dieses Lehrbuch ist kein gewöhnliches Compendium. Auf jeder Seite spricht sich die Individualität und Originalität des Autors aus, und zwar eines Autors von reicher Erfahrung. Wo diese fehlt, überlässt Verf. es einem Fachmann den Artikel zu schreiben, wie Beusch über die Nasenpolypen, oder er referirt sehr genau und giebt immer einen geschichtlichen Ueberblick. Manchmal vielleicht zu viel und zu alt, vielleicht nicht ganz nothwendig, aber die Form so, dass man beim Lesen nicht ermüdet, kein trockener Ton, sondern lebendiges Wort, über Ueberzeugungstreue, auch wo zu viel gesagt wird im Eifer und Aerger. Jedoch auch hierin findet man eine grosse Mässigung im Vergleiche mit früheren Arbeiten des Forschers.

Es ist das Buch „das Spiegelbildniss 30-jähriger Erfahrungen und Ansichten" des Verf.'s, der ein Forscher war, der die Wahrheit für das höchste Gut hielt und um das Gebiet der Krankheiten der oberen Luftwege und der Ohren unvergängliche Verdienste sich erworben, und zugleich gleichsam sein letztes Wort, denn der unerbittliche Tod hat ihn im Sommer aus der Reihe der Lebenden gerissen. Daher habe ich mir erlaubt, etwas mehr über den Verfasser zu sprechen; als es in einem kurzen Referat üblich ist, indem ich damit einem Herzensbedürfniss, dem Andenken des bedeutenden Mannes einige Worte zu widmen, nachkam.

Den Inhalt des Buches zu referiren ist überflüssig. Hinweisen möchte ich nur auf 2 Sachen, specielle Verdienste des Verfassers. Ich meine die Abhandlung über Electrolyse, um deren Einführung und Anwendung in die Rhinologie Verf. sich verdient gemacht, und die Durchleuchtung der Highmors-, der Nasen- und der Kehlkopfhöhle. In der ersten giebt er einen historischen Abriss, darauf eine Erklärung der Wirkungsweise der Electrolyse, eine Beschreibung (mit Abbildungen) der Apparate und eine Casuistik mit Angabe der Indicationen für diese Operationen. In der zweiten beschreibt er die von ihm erfundene Methode, mittelst einer Glühlampe (in den Mund genommen) die obengenannten Höhlen zu durchleuchten, welche Maassnahmen wesentliche Vorzüge bei der differentiellen Diagnostik von Tumoren hat.

Zu empfehlen habe ich das Buch eigentlich ebenso wenig nöthig, es sei denn nur denjenigen, die mit dem Gebiete nicht vertraut sind, und daher des Verf.'s Namen nicht kennen sollten. Ihnen möchte ich es warm empfehlen. Die Behandlung des Stoffes und die Reichhaltigkeit desselben werden Jeden ansprechen und zufrieden stellen. Daher würde ich es für sehr empfehlenswerth halten, mit diesem Buche die nicht deutsch lesenden Collegen im Reiche durch eine gute Uebersetzung bekannt zu machen.

Druck und Ausstattung des Werkes sind sehr gut.

J. F. Neumann.

Prof. Eduard Albert: Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. Vorlesungen für praktische Aerzte und Studirende. Bd. I: Die chir. Krankheiten des *Kopfes* und *Halses*. Mit 135 Holzschnitten. Vierte umgearbeite Auflage. Wien und Leipzig 1890. Urban & Schwarzenberg. Preis 12 Mark.

Der stattliche, 543 Seiten starke Band ist für das seit 10 Jahren bekannte und beliebte Lehrbuch, welches in so kurzer Zeit seine 4. Auflage erlebt, entschieden viel versprechend. Die in den früheren Auflagen vorausgeschickten Vorlesungen über allgemein-chirurgische Themata (Narkose, Blutstillung, Wundbehandlung) sind gerechtfertigter Weise fortgelassen worden; dagegen hat die neueste chirurgische Literatur ihre volle Berücksichtigung gefunden und sind viele Abbildungen nach Präparaten des Wiener Path.-Anat. Museums neu in den Text eingefügt, die alten verbessert worden. Die bekannte Vorliebe des Verf. für die Geschichte der Chirurgie (eine leider seltene Eigenschaft in unserer kühnen, immer neue Wege bahnenden Zeit), welche ihn zum selbständigen, genauen Studium der alten und ältesten Schriftsteller bewogen, die überall hineingeflochtenen kritischen Bemerkungen und Ausführungen machen das Buch höchst interessant und drücken ihm den Stempel der Originalität auf. Die Sprache ist klar und anscheinend von vielen Provinzialismen der früheren Auflagen gereinigt, die Darstellung nie trocken oder dogmatisch, sondern immer lebendig und fesselnd. Anatomie und Physiologie bilden die solide Grundlage eines jeden Abschnittes; als besonders gelungen in diesem möchten wir die erste Vorlesung bezeichnen: „Die Theorie der cerebralen Localisation. Ein Blick auf die Anatomie und Physiologie des Gehirns". Indem wir den vorliegenden I. Band den Collegen und Studirenden wärmstens empfehlen, warten wir mit Spannung auf die übrigen.

Selenkow.

H. Eichhorst: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie für praktische Aerzte und Studirende. I Bd., mit 166 Holzschnitten. 4. Auflage. pag. 652. Wien und Leipzig 1890. Urban & Schwarzenberg. Preis 12 Mk.

Wieder liegt eine neue, dem heutigen Stande der Wissenschaft entsprechend umgearbeitete und vergrösserte Auflage dieses Handbuches uns vor, das wir in den früheren Auflagen bereits mehrfach Gelegenheit gehabt haben zu besprechen und unseren Lesern zu empfehlen. Auch die hier erschienene gute russische Uebersetzung haben wir seiner Zeit nur loben können und war dieselbe auch mit ein Zeichen von der Vortrefflichkeit des Werkes. Die neue Auflage schliesst sich den früheren ebenbürtig an in klarer, präciser Darstellung des in grosser Vollständigkeit, aber im Rahmen eines Lehrbuches behandelten Stoffes, zu dessen Verständniss die guten Holzschnitte wesentlich beitragen. Wir können daher auch diese Auflage nur bestens empfehlen. Die Ausstattung ist gut.

Schröder.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Einen *neuen antiseptischen Verband* demonstrirte Lister in der Londoner medicinischen Gesellschaft. Nach vielfachen Versuchen hat sich folgendes Verfahren bewährt: Man setzt einer Stärkelösung Quecksilber — Zinkcyanür und etwas Kaliumsulfat zu; diese Mischung wird getrocknet und das Pulver in Wasser gelöst; in diese Lösung werden die Binden gebracht, dann getrocknet und vor dem Gebrauche wieder in eine Sublimatlösung 1:4000 getaucht. Dieser Verband reizt die Haut nicht; man kann sich damit auch rasch antiseptisches Verbandmaterial beschaffen, indem man eine Fingerspitze von dem Pulver in Gaze oder in eingeweichte Wäsche bringt. (Wien. klin. W.)

— Betz fand in einem tödtlich verlaufenden Falle von *Stimmritzenkrampf* bei einem rhachitischen Kinde eine auffallende Lockerung des Bandapparates zwischen Atlas und Hinterhaupt, welche zur Folge hatte, dass bei gewissen Haltungen des Kopfes der hintere Atlasbogen den Wirbelcanal dicht unterhalb des Foramen magnum von hinten her einengte und auf die Medulla oblongata drückte; die letztere zeigte an der entsprechenden Stelle eine Impression. Auf Grund dieser Beobachtung ist B. geneigt die Ursache des Stimmritzenkrampfes *in einer Compression der Medulla oblongata* zu sehen. (Memorabilien. XXXIV, 1)

— In einem auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Heidelberg, in der Abtheilung für Neurologie und Psychiatrie gehaltenen Vortrage „*Ueber das Verhältniss der Tabes und progressiven Paralyse zur Syphilis*" hat Strümpell sich folgendermaassen ausgesprochen: wie nach acuten Infectionskrankheiten sogenannte Nachkrankheiten auftreten (Lähmungen und andere nervöse Erscheinungen nach Diphtheritis, Typhus etc.), ohne dass man an den ergriffenen Nerven dann noch die primäre Krankheit nachweisen kann, so auch bei chronischen Infectionskrankheiten, z. B. Tuberculose. Diesen Processen ist auch die Tabes nach Syphilis zuzurechnen. Tabes ist also eine *postsyphilitische Nervendegeneration primärer Natur*. Wie bei der Tabes so ist es auch wohl bei der Paralyse; denn dieses sind ätiologisch identische Processe, so dass man sagen kann: *Tabes ist Paralyse des Rückenmarkes und Paralyse — Tabes des Gehirns*. (Wien. klin. W.)

— Bei der Verordnung des Coffeinum-Natrium benzoïcum sind nach Raymond (Journ. de Pharmac. et de Chim.) saure Syrupe, welche eine Abscheidung von Bonzoësäure bewirken, als Corrigentien zu vermeiden. (Therap. Monatsh. № 11).

— Prof. Bufolini (Siena) empfiehlt das *Chinojodin gegen Asthma*, sowohl das neuro-pulmonäre, wie das cardiale; er hat damit sehr befriedigende Resultate erzielt bei Verabreichung in steigenden Dosen von 0,3 bis 1,0 und darüber pro die, in Pulverform, am besten mehrere Stunden nach der Mahlzeit verabreicht, um Verdauungsstörungen zu vermeiden. (Il Progresso med. — W. klin. Woch.)

Vermischtes.

— Dem Privatdocenten für Frauen- und Kinderkrankheiten an der Warschauer Universität, Dr. Neugebauer jun., ist von dem Conseil der Universität Charkow einstimmig der Titel eines *Doctor medecinae honoris causa* dieser Universität zuerkannt worden. (Jushnij Krai. — Wr.)

— Die neuen Statuten der von J. A. Tschistowitsch gegründeten Medicinischen Unterstützungskasse sind im Druck erschienen.

— Helsingfors. Der Docent Dr. G. Heinricius ist zum ordentlichen Professor der Geburtshilfe und Kinderheilkunde ernannt worden. Dr. Clopatt hat sich als Docent für Kinderheilkunde, Dr. Sucksdorff für Hygiene habilitirt.



— Die Professoren der Kasanschen Universität J. M. Gwosdew (Gerichtliche Medicin), N. O. Kowalewski (Physiologie) und N. F. Wyssozki (Chirurgische Pathologie) sind nach Ausdienung der 25-jährigen Dienstfrist auf weitere 5 Jahre im Dienste belassen worden.

— Das berathende Mitglied des gelehrten militär-medicinischen Comités, Wirkl. Staatsrath Dr. Carl Reyher, ist der Ober-Militär-Medicinalverwaltung zugezählt worden, mit Belassung in seinen bisherigen Aemtern.

— *Verabschiedet:* Der ausseretatmässige Arzt beim Stabe des Odessaschen Militärbezirks Dr. Rosen, unter Beförderung zum Wirkl. Staatsrath; der ältere Arzt des 33. Reserve-Infanterie-Bataill., Collegienrath Liebermann, mit Uniform.

— *Verstorben:* 1) Am 17. Februar zu Riga der Wirkl. Staatsrath Dr. Robert v. Rohland, im 82. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1829—34 anfangs Pharmacie, dann Medicin studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde war R. successive Ordinator am Militärhospital in Dünaburg, 1838—39 Bataillonsarzt, 1839—42 Ordinator am Militärhospital in Mohilew, 1842—44 praktischer Arzt und 1844—53 älterer Arzt am Stadthospital daselbst. Im Jahre 1853 wurde er zum Medicinalinspector des Gouvernements Mohilew ernannt, in welcher Stellung er bis 1879 blieb. Seit dieser Zeit lebte er anfangs auf seinem Gute im Gouv. Witebsk, zuletzt in der Stadt Riga. 2) In St. Petersburg am 25. Februar der praktische Arzt L. Traubenberg im 35. Lebensjahre. Er hat sich in einem Anfalle von Geistesstörung mit Morphium vergiftet. 3) Am 11. Februar in Odessa der langjährige Arzt der Südwestbahn Alexander Baranowski. 4) In Wologda am 2. Februar der Ordinator des Gouvernements-Landschaftshospitals. W. Tschistjakow, 28 Jahre alt, an Phthisis. Schon 20 Tage nach Uebernahme der Typhusabtheilung des Hospitals erkrankte Tsch. an einem schweren Typhus, nach welchem Anzeichen von Lungenschwindsucht auftraten. Die Gouvernements-Landschaftsversammlung hat zur Bestreitung der Beerdigungskosten 200 Rbl. hergegeben. 5) In der Kasanschen Irrenanstalt die Aerztin Alexandra Dobatschewskaja, 39 J. alt. Die Verstorbene war auf Kosten der Mamadysch'schen Landschaft ausgebildet; 3 Jahre nach ihrem Eintritt in die medicinische Praxis zeigten sich Symptome von Geistesstörung. 6) In Berlin am 24. Februar n. St. der emeritirte Professor der Geburtshilfe an der Kieler Universität, Geheimrath Dr. Carl Litzmann im 76. Lebensjahre. 7) In Paris Dr. Georges Hubert Esbach, bekannt durch viele Arbeiten auf dem Gebiete der physiologischen Chemie, namentlich aber durch sein Albuminimeter. 8) In Akermann am 20. Dec. 1889 Dr. med. Alexander Sorgenfrei an der Schwindsucht. Aus Livland gebürtig, studirte S. von 186?—77 in Dorpat Medicin, war bis 1883 Militärarzt, liess sich darauf als Arzt in Akermann nieder, siedelte 1885 nach Odessa über, von wo er 1888 wieder nach Akermann zurückkehrte. Die Betheiligung an der Beerdigung des beliebten und geschätzten Arztes war eine allgemeine. Seine Familie hat er ziemlich mittellos hinterlassen.

— In Jena hat vor Kurzem der um die dortige Hochschule hochverdiente Professor Dr. Franz Ried in körperlicher und geistiger Frische seinen *80. Geburtstag* gefeiert. R. ist zwar vor einigen Jahren bereits von der Leitung der chirurgischen Klinik zurückgetreten, fungirt jedoch noch heutigen Tages als Vorsitzender der Prüfungscommission und Examinator für Chirurgie.

— Zum Nachfolger Rich. Volkmann's auf dem Lehrstuhl der Chirurgie in Halle ist Professor Mikulicz aus Königsberg berufen worden.

— Prof. v. Nussbaum ist von seiner schweren Krankheit so weit hergestellt worden, dass er im nächsten Semester seine Lehrthätigkeit wieder aufzunehmen gedenkt.

— Der Professor der Physiologie an der Universität Königsberg, Dr. Ludwig Hermann, bekannt durch seine trefflichen Lehrbücher der Physiologie, hat am 3. März n. St. sein *25-jähriges Docenten-Jubiläum* gefeiert.

— Die Sammlungen für das zu Ehren Prof. Dragendorff's (Dorpat) anlässlich seines 25-jährigen Jubiläums gestiftete *Stipendium* haben, wie die letzte Quittung in der „Pharm. Ztg. f. Russland" aufweist, bereits 940 Rbl. ergeben.

— Zur *Errichtung eines Denkmals für den verstorbenen Professor* der Chirurgie an der militär-medicinischen Academie Bogdanowski sind schon über 2000 Rbl. gesammelt worden.

— Gegenüber der neuerdings mit so vielem Nachdruck verbreiteten Lehre von der *Ansteckungsfähigkeit der Lungenschwindsucht* beweisen folgende Zahlen, dass *eine directe Uebertragung der Schwindsucht von Person zu Person eine Seltenheit ist:* In dem Berliner städtischen Krankenhause „Friedrichsheim" sind seit dessen Eröffnung im Jahre 1874 von 459 Krankenwärtern (darunter solche mit sechszehnjähriger Dienstzeit) 4 von Tuberculose befallen worden. Zwei von ihnen haben die Erkrankung nachweisbar mitgebracht, ein dritter Fall ist zweifelhaft. Von 339 Wärterinnen sind zwei erkrankt, von 83 Aerzten einschliesslich der bisherigen 5 ärztlichen Directoren drei und zwar ist einer derselben bereits schwindsüchtig in's Krankenhaus eingetreten. Ferner sind seit dem Jahre 1884 im Ganzen 108 Victoriaschwestern beschäftigt gewesen, 50 von ihnen nicht kürzere Zeit als 2 bis 5½ Jahre, durchschnittlich 2 Jahre 10 Monate in der Anstalt. Von diesen 108 Schwestern ist eine einzige tuberculös geworden. Im Ganzen sind also von 998 Repräsentanten des ärztlichen Pflegepersonals sieben, höchstens 10 schwindsüchtig geworden, d. h. etwa 1 pCt. Diese Zahlen beweisen, dass selbst der jahrelange tägliche Verkehr mit Schwindsüchtigen fast gefahrlos ist, freilich nur unter Bedingungen, wie sie im Krankenhause obwalten, d. h. bei strengster Reinlichkeit der Krankensäle wie der Kranken selbst. Im privaten Leben, namentlich der niederen Classen, liegen die Verhältnisse allerdings viel ungünstiger, und deshalb ist eine Erwerbung der Schwindsucht durch Ansteckung im Privatleben sicherlich häufiger als in den Krankenhäusern. Die hauptsächlichste Ursache bleibt aber wie ehedem die Vererbung. (Allg. Med. Ctrl.-Ztg.)

— In der Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 26. Februar hat, wie die „A. m. C.-Ztg." berichtet, Dr. Janiszewski aus Warschau einen neuen, von ihm selbst construirten Apparat, den er *Pneumatoskop* nennt, demonstrirt. Derselbe besteht aus zwei ineinander gestülpten Trichtern und 2 Schläuchen, welche, mit Endstücken versehen, in die Ohren des untersuchenden Arztes gebracht werden. Der hineingestülpte Trichter ist mit einer schwingenden Membran versehen und wird an den Mund des Patienten gesetzt. Dieser neue Apparat dient zur Auscultation der Lungen (während bekanntlich das übliche Stethoskop aussen auf die Brust aufgesetzt wird) und gestattet eine genauere differentielle Diagnose, da er die bei den verschiedenen Erkrankungen der Lungen veränderten Töne hervorbringt. In der Charité werden gegenwärtig Versuche mit diesem Instrumente angestellt.

— Die *Influenza* hat jetzt auf ihrer Reise um die Welt bald ihren Ausgangspunct, das nördliche Sibirien, wieder erreicht. Den letzten Nachrichten aus Vadsö an der Nordküste von Norwegen zufolge, war sie dort erschienen, hatte etwa 40 Personen ergriffen und befindet sich gegenwärtig im weiteren Vordringen am Rande des Polarmeeres entlang nach Osten. (A. m. C.-Z.)

— Die *Zahl der Leichenverbrennungen* nimmt mit jedem Jahre zu. In *London* betrug sie von 1884—87 durchschnittlich nur 8 jährlich, 1888 stieg sie auf 26 und 1889 auf 46. Im laufenden Jahre haben jede Woche mehrere Leichenverbrennungen stattgefunden. — Im neuen *Pariser Crematorium* zählte man nur 35 freiwillige Verbrennungen i. J. 1889. Die Zahl der todtgeborenen Kinder und der Leichen aus Hospitälern und anatomischen Schulen, welche verbrannt werden, ist aber so gross, dass der Process weder Tag noch Nacht ruht. Nach dem „Journal d'Hygiène" betrug die Zahl der verbrannten Leichen i. J. 1889 im Ganzen 3000. — In *Rom* belief sich die Zahl der Leichenverbrennungen auf 119 i. J. 1886, auf 155 i. J. 1887 und 202 i. J. 1888. (A. m. C.-Ztg.).

— Im Budget der Stadt *Berlin* sind pro 1890/91 für Einrichtungen der Gesundheits- und Krankenpflege 3,658,718 Mark ausgesetzt worden.

— *Eine neue ärztliche Untersuchungslampe*, erfunden von Dr. Sperber, welche vor einem aus Medicinern und Laien bestehenden geladenen Publikum vor Kurzem in Wien demonstrirt worden ist, hat den vollsten Beifall der Mitglieder der Gesellschaft der Aerzte im Allgemeinen gefunden. Die Lampe erleichtert vortrefflich dem Arzte die Beleuchtung und somit die Untersuchung der verschiedenen Höhlen des menschlichen Körpers, indem durch sie ein starkes Licht bis in den zu untersuchenden Raum gebracht werden kann, ohne dass der Leidende irgendwie durch Wärme oder eine andere Unannehmlichkeit belästigt wird. Die Beleuchtung der Lampe versieht eine gewöhnliche Stearinkerze, deren Licht auf einen etwa 3½ Zoll langen Glasstab fällt. Dieser horizontal liegende Glasstab wird dem zu Untersuchenden je nach Bedarf in die Mund- und Nasenhöhle, an das Auge oder an eine Wunde gelegt und man erzielt damit eine überraschende Lichtwirkung.

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 25. Februar d. J. 6103 (85 mehr als in der Vorwoche), darunter 192 Typhus- (9 mehr), 679 Syphilis- (30 mehr), 110 Scharlach- (3 mehr), 75 *Influenza-* (1 mehr), 88 Masern- (3 weniger), 23 Diphtherie- (7 mehr) und 12 Pockenkranke (4 mehr als in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 18. bis 24. Februar 1890.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr,	81 und mehr.	Unbekannt,
346	237	583	69	53	109	12	12	15	62	66	53	50	41	27	14	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 8, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 22, Scharlach

25, Diphtherie 9, Croup 7, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 33, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 121, Tuberculose anderer Organe 6, Alcoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 31, Marasmus senilis 26, Krankheiten des Verdauungscanals 46, Todtgeborene 35.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 6. März 1890.

Tagesordnung: Dr. v. Grünewaldt: Zur Casuistik des Cystoma papillare proliferum ovarii. — Dr. Hagen-Torn: Ueber Chloroformnarkose und Chloroformtod.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 12. März 1890.

Дозв. ценз. Спб. 2 Марта 1890 г. Herausgeber **Dr. Th. v. Schröder.** Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.

XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,

St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung: in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 10 St. Petersburg, 10. (22.) März 1890

Um dem Andenken ihres verehrten Freundes und Lehrers ein bleibendes Denkmal zu setzen, sind die Unterzeichneten von mehreren hiesigen Freunden und Schülern Prof. von Wahl's beauftragt worden, eine Sammlung für oben genannten Zweck zu veranstalten. Sie hoffen dabei, dass dieser Gedanke auch in weiteren Kreisen Anklang finden dürfte, zumal das Bestreben darauf gerichtet sein wird, die durch die Sammlung gewonnene Summe im Sinne und Geiste des Verstorbenen zu verwerthen. Es soll, dem Lieblingsgedanken des Verewigten folgend, der von ihm geplanten Leproserie eine fördernde Unterstützung in Form einer Stiftung auf den Namen „von Wahl" zugewandt, und ferner dem Freunde und Lehrer ein schlichter aber würdiger Grabstein gesetzt werden. — Zu dem Behufe werden alle Freunde und Verehrer des weil. Prof. von Wahl ersucht ihre eventuellen Beiträge nach Dorpat in das Creditsystem an die Adresse des Rendanten M. Baron Stackelberg, oder in die chirurgische Klinik an Dr. Zoege-Manteuffel richten zu wollen, sowie in ihren Kreisen für das Bekanntwerden des Planes sorgen und eventuelle Beiträge empfangen und an die genannte Adresse befördern zu wollen. — Da es wünschenswerth erscheint den Grabstein, über dessen Form und Grösse mit den Angehörigen noch eingehendere Vereinbarung getroffen werden wird, womöglich noch im Sommer dieses Jahres setzen zu lassen, werden die Sammlungen auch möglichst zu beschleunigen sein. — Die für die Leproserie einkommende Summe wird dem Wortführenden des livländischen Aerztetages, als dem vom Verstorbenen designirten Leiter der Angelegenheit zu dem oben erwähnten Zweck zugefolgt werden. — Ueber das Resultat der Sammlung und die Verwendung der gesammelten Gelder wird seiner Zeit Bericht erstattet werden.

Dorpat, im Februar 1890. **G. von Oettingen. M. Baron Stackelberg. Dr. W. Zoege-Manteuffel.**

Indem die Redaction der „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift" den vorstehenden Aufruf ihren Lesern mittheilt und warm befürwortet, erklärt sie sich gern bereit Beiträge entgegenzunehmen und an ihre Adresse zu befördern.

Die Breus'sche Zange.

Erwiderung an Herrn Prof. Bidder

von

Dr. M. Treymann (Riga).

(Schluss.)

17) Fr. Pr., 35-j. VI-para. In 5¾ Jahren das sechste Kind. Geburtsdauer 14 Stunden, Blasensprung vor 7 Stunden. Blasse, blutarme Frau in ärmlichen Verhältnissen. Starker Hängebauch. Os uteri ganz eröffnet. Kopf hochstehend im Beckeneingang, quer, anscheinend mit kleiner Fontanelle nach links, verharrt trotz Allem seit 6 Stunden in dieser Lage unter unregelmässigen, schwachen und sehr schmerzhaften Wehen. Zange schwer anzulegen, schliesst gut bei sehr starker Senkung der Griffe. *Kopf über Stirn und Occiput resp. Nacken gefasst.* Extraction leicht. Lebender Knabe, 11 ℔ schwer, schreit sofort. Ueber den ganzen Scheitel Kopfgeschwulst, so dass keine Fontanelle deutlich zu fühlen war. Normales Wochenbett.

18) Fr. H., 32-j. Primipara. Geburtsdauer 48 Stunden. Stillstand der Geburt seit 12 Stunden unter beständigen Wehen. Os uteri 5 Ctm. Kopf hochstehend, grosse Fontanelle tiefer rechts, *in Vorderscheitellage entwickelt.* Sehr schwere Tractionen, die Zange sitzt sehr sicher. Das Kind schreit sofort, zeigt fast gar keine Druckmarken. Starker Dammriss. Fieberloser Verlauf.

19) A. B., 26-j. I-para. Geburtsdauer 54 Stunden. Wasserabfluss seit 3½ Stunden. Der Kopf steht unter beständigen Wehen 12 Stunden unverändert. Os uteri 7 Ctm. Hoher Kopfstand. Anlegen der Zange schwer, Tractionen leicht. Lebender Knabe, 9 ℔, 57 Ctm. lang, Kopfumfang 37 Ctm., harter Kopf. Trotz Incisionen Dammriss, gut verheilt. *Facialparalyse links,* in 12 Stunden schwindend.

20) Fr. H. W., 26-j. I-para. Geburtsdauer 12 Stunden. Sehr schmerzhafte unregelmässige Wehen, dann Nachlass und Stillstand der Geburt. Plötzlich Krampfwehen. Os uteri gut eröffnet. Hoher Kopfstand, grosse Fontanelle links tiefer, allein erreichbar. Trotzdem kommt die kleine Fontanelle während der Tractionen rechts seitlich herab, dreht sich nach vorn in die Mittellinie. Lebender Knabe, 10½ ℔, Kopfumfang 35 Ctm., ist jetzt 1¼ Jahre alt, gut entwickelt. Afebriles Wochenbett. Kein Dammriss. Harn spontan 12 Stunden nach der Geburt. Zweite Gravidität 1889.

21) Frau F., 28-j. III-para. Erste Geburt mit der classischen Zange beendet, unglaublich schwer, Kopf in Vorderscheitellage, 2 Scheidenlängsrisse. Sehr schweres Wochenbett mit Fieber, Cystitis, Icterus. Zweites Kind todt ohne ersichtliche Ursache nach leichter Ausgangszange. Drittes Kind. Geräumiges Becken constatirt. Geburtsdauer 8 Stunden, Blasensprung vor 4 Stunden. Seitdem Stillstand der Geburt unter Krampfwehen (Opium). Hoher Kopfstand, grosse Fontanelle tiefer, vorn rechts (Untersuchung mit halber Hand nothwendig). Os uteri eröffnet. *Die Breus'sche Zange* bringt den Kopf mit einigen Tractionen auf den Beckenboden, wird abgenommen. *Die Nägele'sche Zange* wird im rechten schrägen Durchmesser fixirt, während der Kopf mit der grossen Fontanelle nach vorn rechts gerichtet ist. Er *dreht sich bei der ersten Traction spontan mit der Zange,* so dass diese nahezu im geraden Durchmesser des Beckens zu liegen kommt. Sie wird abgenommen und im linken schrägen Durchmesser angelegt. Sofort tritt der Kopf aus der tiefen Querstellung in den rechten schrägen Durchmesser mit der kleinen Fontanelle nach vorn und wird leicht geboren. 2 seitliche Incisionen. Kein Dammriss. Lebendes Mädchen, harter Kopf. Normales Wochenbett.

22) Fr. A. B., 35-j. I-para. Kleiner Wuchs. *Normales Becken.* Vor der Geburt beobachtet. Bis zum Wehenbeginn Kopf über dem Beckeneingang kaum zu erreichen. Sehr straffe Bauchdecken. Vagina eng und straff, so dass die Diagnose der Kopfstellung bis zuletzt kaum zu stellen ist. Geburtsdauer 48 Stunden. Grosse Aufregung, sehr schmerzhafte Wehen. Foetalpuls langsam. Da die halbe Hand kaum in die enge Vagina einzuführen ist, wird auf die Wendung verzichtet. Os uteri 7 Ctm. Hoher Kopfstand, grosse Fontanelle nach vorn rechts. Mit der Breus-schen Zange wird der Kopf in die Beckenhöhle, mit der Näge-

l e'schen *in Vorderscheitellage* durch den Ausgang gezogen. 2 seitliche Incisionen retten den Damm. 5 Ctm. langer Vaginal-Längsriss rechts. Männliches *Kind, todt*, 7 ℔ schwer, 35 Ctm. Kopfumfang. *Os parietale d. fracturirt.* Harnentleerung spontan 12 Stunden nach der Geburt. Normales Wochenbett, jedoch dauert es 4 Wochen, bis der Scheidenriss verheilt.

23) Fr. L. Bl., 47-j. Multipara. Vor 25 Stunden Beginn der Geburt mit Wasserabfluss. Oedem der vorderen Muttermundslippe. Os uteri 7 Ctm. Blutiger Harn. Kopf hochstehend, fixirt. Kopfgeschwulst deckt die eine erreichbare Fontanelle, scheinbar die kleine, links vorne. Leichte Application der Breus'schen Zange bei nicht sicherer Diagnose der Kopfstellung, leichte Tractionen. Nach 20 Minuten ein lebendes Mädchen extrahirt, 11 ℔ schwer. Placenta nach 20 Minuten exprimirt. Normales Wochenbett.

24) Fr. St., VI-para. Geräumiges Becken. Temp. 38,5. Os uteri 7 Ctm. Wehen seit 60 Stunden. Seit 10 Stunden Stillstand der Geburt trotz kräftiger regelmässiger Wehen. Der Kopf *bleibt beweglich über dem Beckeneingang.* Verdacht auf Hydrocephalus. Untersuchung in Narcose mit voller Hand. Kopf beweglich, grosse Fontanelle nach vorn links. Die Blase ist so fest und stark, dass sie nicht zerrissen werden kann, sondern mit der Scheere zerschnitten wird. Sehr viel Fruchtwasser abfliessend. Wendung unterlassen, weil der Uterus sich krampfhaft contrahirt. Der Kopf bleibt fixirt hochstehend. Mit der Breus'schen Zange wird ein lebender Knabe gleich danach *in Vorderscheitellage* leicht extrahirt. Kein Dammriss. Temp. am Morgen nach der Geburt 37,2. Normales Wochenbett.

25) Fr. K., Jüdin, 27-j. I-para. Geburtsdauer 60 Stunden mindestens, Wasserabfluss im Beginn. Seit 6 Stunden Stillstand der Geburt. Schwache, schmerzhafte Wehen, vollständige Erschöpfung. Vagina eng, trocken, Muttermund ödematös, 4—5 Ctm. Hoher Kopfstand. Kleine Fontanelle rechts tiefer, mit halber Hand zu erreichen. Mit der Breus'schen Zange, in tiefer Narcose herab- und durch den Ausgang gezogen. 2 seitliche Incisionen, die linke 4 Ctm. hoch einreissend, genäht. Damm heil. Nabelschnur umschlungen. Lebender Knabe, gleich schreiend. Harn spontan nach der Geburt gelassen. Afebriles Wochenbett.

26) Fr. Gl., Jüdin, 24-j. I-para. Kleine, fette Frau. *Becken normal.* Geburtsdauer 33 Stunden. Wasserabfluss vor 40 Stunden. 12 Stunden vor der Geburt Kopf beweglich über dem Beckeneingang, Os uteri für einen Finger durchgängig, schlaff herabhängend — wie beim engen Becken. Dann Kopf im Beckeneingang fixirt, hoch. Kleine Fontanelle hoch links, grosse nicht zu erreichen (mit halber Hand). Schwache, schmerzhafte Wehen, Herztöne schwach. Temp. 37,7. Grosse Unruhe. Die Breus-sche Zange fasst den Kopf *über die Stirn bis zum Kinn und über das Occiput bis zum Nacken*, sitzt sehr fest. Schwere Tractionen. Im Ausgang *dreht sich der Kopf mit der Zange* so, dass er in *Vorderscheitellage* geboren wird. Trotz seitlicher Incisionen Dammriss bis zum Sphincter und 2 Längsrisse der Vagina. Wenigstens 20 Seidennähte. *Kind tief asphyktisch, kann in 1½ Stunden nicht wiederbelebt werden.* Harn 14 Tage lang, bis zum Aufstehen, mit Catheter entleert, dann spontan. Damm- und Vaginalriss vollkommen verheilt nach 14 Tagen. Afebriles Wochenbett. In der 5. Woche Puerperal-Psychose, in einigen Wochen geheilt.

27) Fr. W., 19-j. I-para. Vor 30 Stunden Beginn der Geburt mit Fruchtwasserabfluss. Bei 7—8 Ctm. Durchmesser des Muttermundes und hoher Querstellung legt ein College den elastischen Forceps an, der abgleitet. Vagina unverletzt, dagegen im Cervix rechts und links ziemlich tiefe Einschnitte von den 4 Löffelkanten. Da die Verhältnisse ärmlich, die Pflege sehr mangelhaft, der Transport in's Krankenhaus nicht zugegeben wird, entschliessen wir uns, um der drohenden Infectionsgefahr vorzubeugen, die Geburt mit *der Breus'schen Zange zu beenden, die sich denn auch, wie ich mit Sicherheit voraussetzte, dem elastischen Forceps in dieser fatalen Lage überlegen erwies.* Der hoch fixirte Kopf, quer im Eingang mit etwas tiefer links stehender kleiner Fontanelle wird so gefasst, dass der linke Löffel hinter und unter dem linken Ohr, der rechte Löffel über das rechte Stirnbein fasst (starke Druckmarken). Schwere Tractionen. *Leicht asphyktisches männliches Kind. Facialparalyse.* Ohne Entstellung *genesen.* Kleiner Dammriss. Parametritis. Fieberhaftes Wochenbett von 28 Tagen Dauer.

28) Fr. S., 23-j. I-para. *Normales Becken.* Geburtsdauer 5 Tage, mit Wasserabfluss im Beginn. Kopf hoch fixirt, Pfeilnaht im queren Durchmesser, kleine Fontanelle rechts schwer, die grosse garnicht zu erreichen. Ausfluss übelriechend. Temp. 38,0. Wehen zuletzt ganz unwirksam, fast sistirend. Os uteri 6 Ctm. Die Breus'sche Zange wird annähernd im rechten schrägen Durchmesser fixirt. Nach 4 Tractionen befindet sich der Kopf in der Beckenhöhle, nach 3 weiteren hat sich *der Kopf in der Zange und mit derselben gedreht* und wölbt den Beckenboden vor. Ritgen's Handgriff. 2 Incisionen. Seitlicher Vaginalriss. Lebender Knabe, leicht asphyktisch, 9½ ℔, 51½ Ctm. lang, Kopfumfang 34 Ctm. Druckmarken am linken Auge und am rechten Ohr. Starke atonische Blutung nach Ausstossung der Placenta. Vaginalriss per primam verheilt. Wochenbett normal, 14 Tage (Dr. v. Brehm leitete die Geburt, ich assistirte).

29) Fr. Dr. G., 26-j. I-para. Geburtsdauer 30 Stunden bei frühzeitigem Blasensprung. Indication zur Zange: Erschöpfung der Kreissenden, frequenter Foetalpuls. — Hoher Kopfstand. *Vorderscheitellage.* Muttermund eröffnet. Grosses Kind, ca. 10 ℔, bis auf den Damm mit „Breus", entwickelt mit „Naegele". Seitliche Incisionen, Dammriss, genäht. Nähte am 9. Tage entfernt. Afebriles Wochenbett, 15 Tage. Mutter und Kind gesund. (Dr. v. Stryk leitete die Geburt, ich assistirte). Ich füge diesen 29 noch einen Fall hinzu.

30) C. J., Jüdin, 19-j. I-para, 7. Jan. 1890 entbunden. *Gleichmässig verengtes Becken:* Maasse 29, 23½, 22, 19 Ctm., Conj. diag. 11½, vera = 9½. Kopf beweglich über dem Beckeneingang bis zur vollständigen Erweiterung des Muttermundes. Wendungs-Versuch nach 14-stündiger Geburtsdauer (Bad, Opium) in tiefer Narcose. Kopf über dem Eingang, grosse Fontanelle nach rechts, kleine links, Pfeilnaht fast quer verlaufend. Nach Sprengung der Blase und Eindringen mit der Hand tritt wie mit einem Schlage Tetanus uteri ein. Die Sanduhrform desselben ist deutlich durch die mageren Bauchdecken sichtbar. Es gelingt wohl einen Fuss zu fassen, aber nicht, ihn herabzuleiten, auch lässt sich der Kopf nicht zur Seite drängen. Dr. Anspach macht nach kurzer Pause denselben Wendungsversuch mit dem gleichen Misserfolg. Dies nimmt 20 Minuten Zeit in Anspruch. Nach halbstündiger Pause, während welcher die Gebärende in leichter Narcose erhalten und die Breus'sche Zange geholt wurde, wird die letztere an den auf den Beckeneingang in derselben hohen Querstellung gepressten Kopf applicirt. Die Löffel kamen auf Stirn und Occiput, ein wenig diagonal zu liegen. Nach 20 Minuten, bei schweren Tractionen, schnitt der Kopf beinahe im schrägen linken Durchmesser, *mit der grossen Fontanelle nach vorne rechts* durch. 2 seitliche Incisionen. Damm heil. *Kind*, mit Druckmarken, stark asphyktisch, wird bald wiederbelebt. 10 ℔ schwer. Länge 54 Ctm., Kopfumfang 36 Ctm., D. bitemp. 7½ Ctm., D. biparietal. 10 Ctm., D. fronto-occipit. 12 Ctm. Nach Ausstossung der Placenta atonische Blutung, die durch Eiswasser-Irrigation des Uterus gestillt wird. Spontane Harnentleerung nach der Geburt und späterhin. Incisionen per primam verheilt. Temperaturen bis 38,5, sonst gutes Wochenbett. Die Patientin verlässt am 12. Tage das Bett. Das Kind nahm schon 4 Stunden nach der Geburt die Brust, wird von der Mutter gestillt, gedeiht vorzüglich.

Ich denke, dies war eine fatale Geburt, die nicht durch geübte Hände, sondern durch die Breus'sche Zange glücklich beendet wurde.

Nach dieser Ueberschau wollen wir nun wägen, nicht zählen! Ich denke, die Sache liegt viel günstiger, als ich in Bausch und Bogen in meinem kurzen Vortrag angegeben habe. Bei Fall 9 handelt es sich nur um einen sofort aufgegebenen Zangenversuch und das Kind war auch trotz der Wendung verloren. Bei Fall 16 war das erste Kind schon vor der Geburt todt, die Zange wurde also eher zu spät als zu früh angelegt, wobei der kleine Kopf garnicht gedrückt und sehr leicht extrahirt wurde. Auch der Tod der Mutter wurde durch kein Versehen unsererseits verschuldet. Es war eben eine jener unglücklichen Zwillingsgeburten, bei denen nichts zu machen ist. Das zweite Kind wurde übrigens lebend geboren. Zähle ich also noch meinen letzten, den 30. Fall hinzu, so ist *keine* Gebärende und nur 6,6% der Kinder der Breus'schen Zange zum Opfer gefallen. Wie hoch oft der Kopfstand war, beweisen die Fälle, bei denen er in der Narcose beweglich wurde und insbesondere Fall 30, wo die Zange sofort nach dem misslungenen Doppelversuch der Wendung angelegt wurde. Wie oft der Muttermund gewaltsam erweitert, wie oft der Kopf über Stirn und Hinterhaupt oder annähernd diagonal gefasst wurde (8 Mal) und in Vorderscheitellage durch die Beckenhöhle und den Ausgang gezogen wurde (7 Mal), wobei er bei einfachen Tractionen mit der Breus'schen Zange spontan die erwünschten Rotationen machte, ist im Referat näher auseinandergesetzt.

Es ist gleichgültig, ob man diese 30 Geburten zu den schweren und gefährlichen rechnen will oder nicht. Soviel steht für mich fest, dass die Breus'sche Zange hier entweder die Perforation glücklich umgangen hat, oder der drohenden Infection zuvorgekommen ist, oder mit der Wendung erfolgreich concurrirt hat (Fall 30). Ich wiederhole meine Behauptung: Das, was die Breus'sche Zange hier geleistet hat, kann die classische Zange nicht zu Stande bringen. Während beispielsweise bei hoher Querstellung des Kopfes die Breus'sche Zange sicher hält und herabzieht (Fall 7, 10, 17, 26, 27, 29), gleitet die classische Zange ab (Fall 27). Sie ist notorisch in dieser Position so oft abgeglitten, dass man nach Schröder's Vorgang eine besondere Erklärung dafür zu finden für nöthig erachtete. Der oft unüberwindliche Widerstand sollte dadurch bewirkt werden, dass der im geraden Durchmesser von der Zange zusammengepresste Kopf sich im Querdurchmesser vergrösserte und einerseits selbst beschädigt wurde, andererseits die mütterlichen Weichtheile, besonders am Promontorium und der Symphyse schwer verletzte. Diese Theorie ist früher und neuerdings experimentell widerlegt worden (Müller, Cohnstein, englische Aerzte) und hält auch vor der Breus'schen Becken-Eingangszange, sowie den übrigen sog. Achsenzugzangen nicht Stand. Ich weise 1) auf die nach schwerer Breus'scher Zange fast regelmässig erfolgten



spontanen Harnentleerungen hin, wie ich sie nach einer „hohen classischen Zange“ wohl nie erlebt habe; 2) auf die geringfügigen Cervixrisse, die nie genäht wurden, aus denen es nie erheblich blutete und die sich bei nachträglicher Untersuchung meist nicht grösser erwiesen als nach normalen Geburten — mit anderen Worten: auf die Unschädlichkeit der mit der Breus'schen Zange in 22 Fällen forcirten Erweiterung des Muttermundes. Dieser Vorgang schliesst augenscheinlich nicht die Gefahren in sich, wie sie traditionell mit dem Gebrauch der elastischen Zange verknüpft werden, wobei ich freilich bemerke, dass nicht das Maass, sondern die Weichheit und Dehnbarkeit des Os uteri ausschlaggebend ist (Breus) und dass der eigentliche Widerstand, den der Uterus der Zange leistet, weit höher und zwar in der Höhe des sog. Contractionsringes liegt; 3) auf die geringen, rasch und gut verheilenden Kopfverletzungen der Neugeborenen.

Wie diese Wirkungen der sog. Achsenzugzangen zu erklären sind, darüber mögen die Gelehrten entscheiden. Ich glaube nicht, dass der Zug in der Achse des Beckens — wie mit vielen Anderen auch Prof. Bidder zu meinen scheint — das Maassgebende ist. Es fragt sich eben, wie es sich damit verhält. Ich möchte mich nach meiner Erfahrung der Breus'schen Ansicht anschliessen, dass nämlich (l. c. pag. 57) „die grössere Freiheit der Bewegung, die ein solcher Forceps dem Schädel während der Tractionen lässt“, ausschlaggebend ist.

Nach diesen Darlegungen werden die Collegen verstehen, dass ich die Breus'sche Zange in meinem Besteck nicht missen möchte und sie Jedem empfehle. Sie ist übrigens so ausserordentlich leicht rein zu halten und — im Widerspruch zu Prof. Bidder — so wenig complicirten Baues, dass sie auffallend leicht zu handhaben ist und mit gutem Recht als die gelenkige, sehr ähnliche Schwester der classischen Zange angesehen werden darf, welche sie in glücklichster Weise ergänzt, ohne sie ersetzen zu können.

Unter allen Fällen, incl. den 30., habe ich nur 3 enge Becken gefunden. Man kann mehr enge Becken unter meinen Fällen vermuthen, aber ich kann mit Bestimmtheit behaupten, dass nicht mehr vorhanden waren. Prof. Bidder ist im Irrthum, wenn er auch bei dem in meinem Vortrag drastisch geschilderten Fall der 40-j. I-para ein enges Becken vermuthet. Es handelte sich dort so wenig um ein enges Becken, wie in den Fällen 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 18, 19, 20, 22, 25, 26, 28, 29. Schröder sagt: „Bei Erstgebärenden findet man deswegen bei Eintritt der Geburt normaler Weise den Kopf bereits im kleinen Becken stehen“. Das ist ganz richtig — bis auf die Ausnahmen, die garnicht selten sind. Bei *älteren* Erstgebärenden, denen auch die Mehrgebärenden zuzurechnen sind, die nach langer Pause concipirt haben (Fall 10, 11), aber auch bei Erstgebärenden verhält sich der Kopf oft wie beim engen Becken sowohl beim Beginn, wie im Verlauf der Geburt. Die Ursache davon ist entweder ein sehr grosser und harter Kopf, oder Derbheit, Enge und Straffheit der mütterlichen Weichtheile. Diese Geburten sind deshalb so fatal, weil sie ein enges Becken vortäuschen, oft durch Erschöpfung in einem frühen Stadium zum Stillstand kommen und dann die Wendung zu indiciren scheinen. Man sieht am Fall 30, wie die rechtzeitig vorgenommene Wendung misslingen kann. Es ist dabei ganz gleichgültig, dass in diesem Falle ein enges Becken vorhanden war. In Fall 22, wo kein enges Becken vorlag, war die Wendung wegen der Rigidität und Enge der Vagina und der festen Contraction des Uterus ganz undenkbar. In diesen und ähnlichen Fällen plaidire ich für die Anwendung der Breus'schen Zange, welche, wie wir gesehen haben, die vollständige Eröffnung des Muttermundes ignoriren darf und noch dann Hilfe leistet, wenn der geeignete Moment zur Wendung versäumt worden ist. Ich möchte fast hinzufügen, dass ich bei Erstgebärenden die Wendung im Allgemeinen für contraindicirt halte. Wenigstens stimme ich ganz mit Winter überein, der bei Erstgebärenden die Wendung auf die nothwendigsten Indicationen beschränkt wissen will und die Wendung überhaupt erst dann vorzunehmen räth, sobald die völlige Erweiterung des Os uteri die Extraction gestattet. Anderenfalls sind nach meiner Erfahrung Mutter und Kind in viel grösserer Gefahr als bei der Extraction mit der Breus'schen Zange. Auch der neueste energische Vertreter der Wendung bei engem Becken (Arch. f. Gynäk. 1. H., p. 1, 1889) giebt zu, dass sich neuerdings unter dem Einflusse der Achsenzugzangen eine gewisse Abneigung gegen die Wendung, besonders in England und Amerika, kund thue.

Zum Schlusse muss ich noch bemerken, dass die Besprechung des Prof. Bidder den Eindruck zu machen geeignet ist, als seien die sog. Achsenzugzangen eine abgethane Sache. Dem ist nicht so. Ich stehe mit meinen Anschauungen und Erfahrungen durchaus nicht allein da.

Prof. Winckel sagt (Lehrb. pag. 495, 1889): „Die Achsenzugzangen, besonders die von Breus angegebenen, thun für die Extraction des im Beckeneingang stehenden Kopfes vorzügliche Dienste“. Ferner (pag. 699): „Neuerdings ist ein sehr handliches Instrument dieser Art von Breus construirt, welches vor allen anderen seiner grossen Leichtigkeit und bequemen Applicationsweise wegen den Vorzug verdient und welches wir nach eigenen Versuchen dringend empfehlen können. In Deutschland hat man sich von manchen Seiten ablehnend gegen diese Versuche verhalten, ich nenne z. B. bloss Litzmann, welcher sie für entbehrlich hält, weil man bei so hohem Kopfstand bei uns die hohe Zange überhaupt nicht gebraucht. Gleichwohl muss man sagen, dass doch bei mässig verengtem Becken und starker seitlicher Drehung des Kopfes, bei vorderer oder hinterer Scheitelbeinstellung desselben, ferner bei allgemein verengtem Becken und tief gesenktem Hinterhaupt es mit dem Breus'schen Instrument zuweilen überraschend leicht gelingt, den Kopf in's kleine Becken zu ziehen und zu extrahiren“. Beschreibung und Abbildung folgen dabei.

Fast ebenso lautet es in der geburtshilflichen Operationslehre von Hegar-Stahl, pag. 137 und 138. — 51 Fälle mit glücklichem Erfolge hat Docent Dr. Breus in der erwähnten, 1885 erschienenen Broschüre veröffentlicht.

Dr. Ingerslew in Kopenhagen („Die hohe Zange bei engem Becken“. Centralbl. für Gynäkolog. XIII, 16, 1889) wendet sich sehr scharf gegen Nagel und meint, dass die Achsenzugzangen durchaus nicht zu verwerfen seien und bei Weitem bessere Resultate ergeben, als die gewöhnliche Zange.

Aehnlich urtheilen viele französische, englische und amerikanische Aerzte.

Und nun noch Prof. Zweifel! Prof. Bidder citirt aus dem Lehrbuche: „dass es sich mehr und mehr als unnöthig herausgestellt hat, Aenderungen am gewöhnlichen Format der Zangen zu machen“. Ich erlaube mir, die gleich darauf folgenden Worte aus Zweifel's Lehrbuch hierher zu setzen. „Dagegen ist von sehr vielen Seiten bestätigt worden, dass die Zugrichtung nach rückwärts mittelst der Zugstiele (es ist hier die Tarnier'sche Zange gemeint, Tr.) die Extraction überraschend erleichtert und mit weit geringerer Kraft zu machen gestattet. Es empfiehlt sich also, diese nach rückwärts befindlichen Zugstiele an der gewöhnlichen Zange anbringen zu lassen. Aber alle diese Becken-Achsen-Zangen sind im Princip nur dann angezeigt, wenn es sich um die Extraction eines hoch im Beckeneingang stehenden Kopfes handelt“. (Lehrbuch 1887, pag. 676 und 677).

Nun — von der „hohen Zange“ ist doch zwischen Prof. Bidder und mir die Rede!

Wenn nun Prof. Bidder kategorisch erklärt, dass er die Achsenzugzangen verwerfe und Fritsch's Ausspruch unterschreibt: „Ich glaube nicht zu viel zu sagen, wenn ich behaupte, dass von diesen Zangen binnen weniger Jahre Niemand mehr spricht“ — so ist mit solchen Worten deshalb zu viel gesagt, weil die Sache der Achsenzugzangen vor dem Forum der Wissenschaft noch nicht spruchreif ist! Folglich muss die Sache noch weiter geprüft werden.

Wie wäre es aber, wenn mit den sog. Achsenzugzangen, ganz entsprechend den Fortschritten der Antiseptik und unter dem Schutze der letzteren, eine neue Aera der Geburtshilfe begänne, die sich dadurch auszeichnete, dass ebenso wie in der Chirurgie, rasche und tiefe Eingriffe an die Stelle des zaghaften Abwartens träten, — dass dadurch die Gebärenden rechtzeitig der drohenden Infection entrissen und die noch lebensfrischen Kinder, wenn auch ein wenig gewaltsam, vor dem intrauterinen Absterben gerettet würden? Gar nicht zu reden von der Abkürzung der enormen physischen Schmerzen!

Ist es nicht mit der modernen activen Behandlung des Abortes schon so weit gediehen?

Der glückliche Verlauf meiner hier veröffentlichten 30 Geburten hat mich auf diese Gedanken gebracht. Ich unterbreite sie der Erwägung der Collegen.

Riga, den 9. Februar 1890.

Zu den Epidemien von 1889.

Von

Dr. Heyfelder.

Wenn man die Epidemie von Buchara im Sommer 1889, sowie die Epidemie zu St. Petersburg im Herbst 1889 persönlich mitgemacht und ferner den Verlauf und die Ausbreitung der Krankheit über Russland und Europa beobachtet hat, so drängt sich eine grosse Aehnlichkeit des Krankheitsbildes der Einzelnen und des Auftretens der Epidemie hier wie dort auf. Die Hypothese von der Identität der gesammten Volksseuche in Asien und Europa erscheint begründet. Die Aehnlichkeit frappirte Aerzte und Nichtärzte, sowohl solche, welche aus Buchara nach Europa reisten, als auch solche, welche die eine der beiden Epidemien erlebten und die Beschreibung der anderen lasen. Man geht aber offenbar zu weit, wenn man die Hypothese von der Identität als zweifellos betrachtet und darauf weitere Schlüsse basirt, wie z. B. dass die bucharische Epidemie auf der Eisenbahn weiter geschleppt und nach Europa, d. h. direct nach St. Petersburg eingeführt worden sei. Dies würde eine Contagiosität voraussetzen, für welche absolut keine Beweise vorliegen. Ferner würde eine solche Ausbreitung auf den Verkehrswegen die Mitleidenschaft der unterwegs liegenden Wohnungscentren, wie Tschardschui, Aschabad, Merw, Baku, Astrachan bedingen. Davon ist aber nichts beobachtet worden. Im Gegentheil hat Baku und Wladikawkas erst Ende November und Anfang December 1889 eine entschiedene Influenza-Epidemie durchgemacht.



Ueber die Entstehung der Seuchen sind die Akten keineswegs geschlossen. Man hat auch hierfür die Hypothese zu Hülfe nehmen müssen: abnorm warme Witterung bei feuchter Bodenbeschaffenheit, Abwesenheit des Ozongehaltes der Luft, Mangel oder Ueberfluss von Electricität, abnorme Strömungen des Erdmagnetismus. Jedenfalls müssen es allgemein wirkende mächtige Agentien sein, welche die Entstehung, besonders aber die Ausbreitung einer solchen Pandemie bedingen. Aber es muss als möglich anerkannt werden, dass es tellurische oder meteorologische Einflüsse giebt, unter welchen endemische Krankheiten ihre Geburtsstätte verlassen, sich ausbreiten und auch solche Gegenden invadiren, an welchen sie nicht entstehen können. Alles das gehört jedoch bis jetzt in das Gebiet der Hypothese und nur, wenn wir von allen Seiten das Material der Beobachtung zusammentragen, kommen wir vielleicht dazu, den Beweis dafür oder dagegen factisch zu führen.

Einen höchst merkwürdigen Beitrag zur Kenntniss von den endemischen und epidemischen Fiebern in Asien giebt eine Doctordissertation von M. N. Popow: „Ueber die Fieber im Port Asstrabad". In diesem Delta am Süd-Ostufer des Kaspischen Binnenmeeres, wo der Atrek seine salzigen und trüben Fluthen in's Meer spült, befindet sich ein russischer Marineposten von, wenn ich nicht irre, 120 Mann mit mehreren Officieren und einem Arzte. Fieber sind daselbst endemisch, wie das der Oertlichkeit entspricht. Nachdem sie sich aber Jahre lang in gemässigter Form und Zahl gehalten, so steigern sie sich in gewissen Sommern zu Epidemien mit einem gefährlichen Charakter, der an Typhus erinnert. Niemand entgeht alsdann der Erkrankung, welche vielfach letal endigt.

Im Chanat Buchara und der Provinz Samarkand giebt es überall Wechselfieber, was durch das Unterwassersetzen des gesammten Culturlandes, besonders der Reisfelder zur Zeit der Sommerhitze hinreichend erklärt ist. Während mehrerer Sommer in den achtziger Jahren nahmen die Fieber in *Karschi* einen epidemischen und bösartigen Charakter an, so dass ein Militärarzt aus Samarkand dorthin abcommandirt wurde, um die Natur der Krankheit zu untersuchen. Die Bucharen bezeichneten dieselbe als Fieber, der Arzt fand die meiste Aehnlichkeit mit einer typhösen Erkrankung.

Eine ähnliche Exacerbation des örtlichen Fiebers entstand in den Sommern 1887 und 1888 in *Katty-Kurgan* und forderte nicht wenig Leben. Es wüthete mehr unter den Eingeborenen, verschonte jedoch auch die dort lebenden Russen nicht und gab 1888 Veranlassung zu dem Gerücht von einer Choleraepidemie.

Buchara galt als ein vom Fieber nur mässig heimgesuchter Ort, trotz seiner keineswegs hygienischen Verhältnisse. Die Statistik von zwei Jahren bestätigte diese Wahrnehmung. Ende Mai 1889 aber nahm das Fieber eine epidemische Ausbreitung mit so verschärftem Charakter an, dass Aerzte wie Laien anfangs an Typhus dachten. Nur der kurze Verlauf des Hitzestadiums widerlegte die Ansicht. Die Krankheit ergriff nach und nach fast alle Bewohner, sie wurde vorzugsweise Neugeborenen und Alten lebensgefährlich; sie rief jene Panik hervor, welche zu dem Gerücht von einer Cholera- oder Flecktyphusepidemie Anlass gab.

In der bucharaschen Grenzfeste *Kerki*, wo eine Garnison von Infanterie und Kosaken steht, brach im Monat Juli 1889 nach dem Schwinden des Hochwassers eine Fieberepidemie aus, an welcher die Einwohner und die russische Besatzung participirten, welche als Typhusepidemie angesprochen wurde und ebenfalls nicht wenige Todesfälle zur Folge hatte.

In *Südsibirien* herrschte in den Herbstmonaten 1889 eine epidemische Krankheit, welche als sibirisches Fieber bezeichnet und erst nachträglich mit der in St. Petersburg herrschenden Influenza identificirt wurde.

Im *Pelopones* wurde im September 1889 das Dengafieber beobachtet und ähnlich beschrieben, wie das epidemische Fieber in Buchara und Sibirien. Später trat dasselbe in Konstantinopel auf. Die Ausbreitung und Intensität war stark genug, dass eine örtliche Panik entstand und die Zeitungen davon berichteten.

Die Ursachen der Entstehung von Wechselfiebern sind keineswegs in Dunkel gehüllt: stagnirende Wasser, Wärme, faulende Pflanzenstoffe sind die anerkannten Fiebererreger. Ebenso sind die Fieberorte und Fiebergegenden so ziemlich in der ganzen Welt bekannt. Die Ursache aber, warum solche örtliche Fieber einen *epidemischen Charakter* annehmen und sich ausbreiten auch auf Orte, wo die Localbedingungen fehlen, sind bis jetzt noch *in Dunkel gehüllt*. Der ungewöhnlich warme Herbst 1889 in St. Petersburg liess in Betracht, dass die Stadt auf Sumpfboden im Newadelta erbaut ist, die ersten fieberhaften Erkrankungen als ein aussergewöhnliches (aber doch verständliches) Erzeugniss dieser ausserordentlichen Witterung erklärlich finden. Ganz analog erklärten wir die aussergewöhnlich früh im Jahre und aussergewöhnlich heftig auftretenden Fieber zu Buchara aus dem Ueberschuss von Wasser des Frühjahrs und Sommers 1889.

Genügen nun diese Einflüsse zur Erklärung der Ausbreitung einer solchen Epidemie? sogar auch auf trockene Gebiete wie Moskau, auf Granitboden wie Helsingfors? Wohl kaum. Kann eine Ozonarmuth der Atmosphäre für Sibirien, Buchara, den Peloponesus, St. Petersburg, sodann für ganz Europa nachgewiesen werden? Kann ein verstärkter oder verminderter Erdmagnetismus für alle die Orte und Zonen nachgewiesen werden, wo die Epidemie geherrscht? Können die örtlichen Fieber sich schliesslich zu einem krankmachenden Agens gleichsam verdichten und als solches eine Wanderung über die Continente antreten? Unter welchen allgemeinen Einflüssen (der Erde, des Wassers, der Luft) werden die örtlichen Fieber ausnahmsweise zu bösartigen Fieberepidemien? Das sind alles offene Fragen.

Eine praktische Gewissheit haben wir jedenfalls: es können und müssen solche Krankheitsherde assainisirt werden. Es gehört zu den grossen Aufgaben, welche sich für Russland an seinen Besitzstand in Asien knüpfen, die Gesundheitsbedingungen daselbst zu studiren und zu verbessern, in seinen Gebieten und Einflusssphären mit dem asiatischen Schmutz und Indifferentismus gründlich aufzuräumen. Seine Verdienste in dieser Beziehung werden dereinst als epochemachend anerkannt werden.

Tschardschui, Januar 1890.

Referate.

J. Jadasohn und E. Zeising (Breslau): Einspritzungen von Salicyl- und Thymol-Quecksilber zur Syphilisbehandlung. (Vierteljahrschrift f. Derm. und Syph. XV. 1888. 5. Heft).

E. Welander (Stockholm): Ueber die Behandlung der Syphilis mit Injectionen von Thymol- und Salicylquecksilber. (Archiv f. Derm. und Syph. XXI. 1889. 4. Heft).

Jadasohn hat in Prof. Neisser's Klinik mit den beiden genannten Präparaten eine Reihe von Patienten behandelt und zwar mit 10%-iger Suspension in Vaselinum liquidum (richtiger nennt man es Paraffinum liquidum. Der von den französischen Autoren, namentlich Besnier, gebrauchte Namen Oleum Vaselini ist als unrichtig ausser Gebrauch zu setzen. Ref.).

Mit *Hg. salicylicum* wurden 145 Patienten behandelt, die 449 Injectionen erhielten. Es traten weder Abscesse noch Stomatitis auf. Selten grössere Infiltrate. Injicirt wurde intramusculär.

Mit *Thymol-Hg.-Acetat* wurden 60 Pat. behandelt, mit *Thymol-Hg.-Nitrat* — 52 Pat., mit *Thymol-Hg.-Sulfat* 13 Pat. Bei Allen ebenfalls 10 %-ige Suspension verwandt. — Ein wesentlicher Unterschied der 3 Thymol-Hg.-Präparate konnte nicht constatirt werden, doch verdient das Thymol-Hg.-Acetat den Vorzug, weil es am leichtesten herzustellen ist.

Der Erfolg der Behandlung mit 6—8 Injectionen war bei allen Präparaten ein günstiger und wurden sie besser vertragen und reizten weniger, wie die bisher angewandten. Das Hg. salicylicum verdient insofern einen Vorzug, weil sein Hg.-Gehalt — 59,0 % beträgt, während Hg. thymolicum nur 56,9 % enthält.

Angeregt durch die eben besprochene Arbeit, hat Welander eine Reihe von Syphilitikern mit Hg. salicyl. und namentlich mit Hg. thymolicum acetatum behandelt. Letzteres hat er bei 44 Patienten (286 Inject.) angewandt. Ersteres nur bei 7 Kranken. Bei Hg. thymol. lagen die Pat. durchschnittlich 26—27 Tage im Spital (6—7 Injectionen) während bei der ambulatorischen Behandlung die Cur 31—32 Tage dauerte. W. injicirte alle 4—5 Tage 1 Grm. Mischung von 10 % Hg. thymolic. und ist im Allgemeinen mit dem Hg. thymolic. sehr zufrieden, obgleich er in einem Falle einen Abscess und mehrfach starke Infiltrate und Stomatitiden beobachtet hat. [Die Beobachtungen W.'s sprechen nicht sehr für Hg. thymolic., doch muss berücksichtigt werden, dass er sehr schnell nach einander injicirte und sich nicht an bestimmte Stellen der Nates hielt, sondern an verschiedenen Stellen derselben injicirte. Bei Jadasohn sind keine Abscesse vorgekommen Ref.] Welander zieht das Hg. thymolic. vor, weil nach Hg. salicylic. in der Regel die Infiltrate grösser waren und mehrfach Canülenverstopfung stattfand. Abscesse kamen nicht vor. [Ref. stimmt darin mit W. überein, dass in den genannten Mitteln noch nicht das Ideal für ein Injections-Hg.-Präparat gefunden sei, möchte aber auf Grund eigener Erfahrung (über 2000 Injectionen mit Hg. salicylic.) betonen, dass die Infiltrate selten und unbedeutend sind und dass er nie einen Abscess nach der Injection gesehen hat. Das Hg. salicyl. ist somit ein äusserst empfehlenswerthes Injections-Präparat zur Behandlung der Syphilis in allen Perioden].

Petersen.

Dinter: Ueber Creolinvergiftung. (Therap. Monatshefte 1889, № 12).

In der Irrenanstalt zu Hildburghausen bekamen durch grobe Nachlässigkeit einer Wärterin 3 Geisteskranke zusammen etwa 70,0 reinen Creolins Pearson zu trinken. Alle 3 Kranken zeigten starken Collaps, zwei starke Temperaturerniedrigung auf 34,1° C. resp. 34,5° C. in ano, einer Erhöhung derselben auf 38,7° C. Puls und Respiration hielten mit der Temperatur gleichen Schritt. Alle 3 Patientinnen zeigten starken Creolingeruch sowohl ex ore, als auch in der, durch Spülung aus dem Magen entleerten Flüssigkeit und sehr ausgesprochene gastrische Symptome; der Harn enthielt nur in einem Falle etwas Eiweiss. Cf. van Ackeren (Berl. klin. Wochenschr. 1889, p. 709 ff.), Cramer (Therap. Monatsh. 1889, pag. 434 — Blasenblutung mit Creolinausspülung behandelt, darauf Temperatursteige-



rung bis 40,5°, Collaps, Erbrechen, Carbolreaction des Harns), Tzoncin und Georgesen (Literaturverzeichniss der Firma Pearson & Cie.). Cramer (Therap. Monatsh. 1888, p. 572) sah nach Compressen mit 2% Creolinlösung nach Operation einer eingeklemmten Leistenhernie, scharlachartiges Exanthem und Carbolharn auftreten, Rosin (ibidem p. 480) verlor in etwa 16 Stunden eine Kranke, welcher wegen zurückgebliebener Placentarreste 4 successive Uterusausspülungen, anfangs etwa 4 Liter einer 2%, später zu je 1 Liter einer 1% Lösung von Creolin gemacht wurden, unter schweren Collapserscheinungen; Kortüm (ibidem pag. 572) protestirt gegen die Auffassung Rosin's, dass dieser eine Creolinvergiftung vor sich gehabt habe, da er seit einem Jahre nie eine solche, selbst bei zufälliger Aufnahme von circa 60,0 Creolin per os, gesehen habe. Hinze.

H. Salzmann und E. Wernicke (Karlsruhe): Die Sublimatverbandstoffe. (Deutsche Milit. Zeitschr. H. 11, 1889).

Die Verff. stellten Untersuchungen an, um Abhilfe für den von competenter Seite behaupteten Uebelstand zu finden, dass Baumwolleverbandstoffe schon während der Imprägnirung zersetzend auf die Sublimatlösung wirken; dass beim Trocknen der imprägnirten Verbandstoffe, trotz Zusatz von Chlornatrium, eine nicht unerhebliche Verflüchtigung des Sublimats stattfindet; dass das Sublimat in den Verbandstoffen, ohne Zusatz von Chlornatrium, Weinsäure etc. einer fortschreitenden Zersetzung unterliegt; dass gegen die Verwendung von Weinsäure bei der Imprägnirung schwerwiegende Bedenken vorliegen.

Verff. empfehlen eine Imprägnirungsflüssigkeit nach folgender Vorschrift: Rp. Hydrarg. bichlorat. 50,0, Kalii chlorati 75,0, Glycerini 750,0, Aqu. dest. 14250,0, Säurefuchsin 1,0. Wenn Eile geboten ist, kann das Wasser theilweise oder ganz durch Spiritus ersetzt werden. Bacteriologische Untersuchungen der Sublimat-Imprägnirungsflüssigkeit ergaben: 1) Eine wesentliche Veränderung der antiseptischen Eigenschaften von Sublimatlösungen durch Zusatz von NaCl, KCl und $B(OH)_3$ ist nicht wahrzunehmen. 2) Das Vorhandensein einzelner entwickelungsfähiger Keime in Sublimatverbandstoffen, so lange diese noch genügend Sublimat enthalten, spricht nicht gegen die Verwendbarkeit derselben, da Keime während des Verpackens in die Verbandstoffe gelangt sein können. Diese Keime werden aber, sobald die Verbandstoffe Wundflüssigkeit aufsaugen, durch das zur Lösung gelangte Sublimat getödtet. Grimm.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

R. Kafemann: Ueber electrolytische Operationen in den oberen Luftwegen. Vortrag gehalten in dem Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg am 15. April 1889. Wiesbaden 1889. Verlag von J. F. Bergmann.

Verf. zeigt eine Reihe praktischer Instrumente (eine Zeichnung beigegeben) und an der Handhabe dieser bespricht er die Operation derjenigen Krankheiten, bei denen sie angewandt werden und gute Erfolge gegeben haben, der sog. Pharyngitis lateralis, der Affectionen des Nasenrachenraumes, der Nase (besonders der Schwellungen der Conchen, ferner Ozaena) und auch des Larynx. J. F. Neumann.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 27. September 1889.

1. Dr. Miram: „Zur Casuistik der Unterleibschirurgie".

Im verflossenen Sommer hat Vortr. 7 Mal die Bauchhöhle bei operativen Eingriffen eröffnet. Hierbei 6 Heilungen und 1 Todesfall.

2 Gastrostomien: 1) P., 58 a. n., hat seit einigen Monaten im Scrobiculum das Anwachsen einer Geschwulst verspürt, welche heftige Schmerzen verursachte. Kein Erbrechen. Mässige Abmagerung. Operation: Kleinfaustgrosser solider Tumor am Pylorus. Zwickelbildung der Naht im Magen, dreireihige Naht. Auf die Nahtstelle wird das Lig. hepato-duodenale geheftet. In den ersten Tagen nach der Operation Erbrechen schwarzer Massen, dabei starkes Unbehagen. Puls niemals über 70; Temp. einmal 38,0. Vom 4. Tage an glatter Verlauf. Heute, nach 2 Monaten, fühlt Pat. sich ganz wohl.

2) Fr. L., 54 a. n. Leicht beweglicher Tumor im Scrobiculum, seit einigen Monaten bemerkt. Beständiges Erbrechen. Kachexie. Bei der Operation erweist sich die kleine Curvatur bedeckt mit infiltrirten Drüsen, welche sich zum Theil auch auf das Pancreas fortsetzen. Am Pylorus derber, kleinapfelgrosser Tumor. Trotz der durch die Drüsen gesetzten ungünstigen Verhältnisse Resection mit Rücksicht auf die bestehenden bedeutenden Beschwerden, wobei allerdings ein Theil der Drüsen zurückgelassen werden muss. Naht wie oben. Die ersten 4 Tage recht gut, kein Erbrechen mehr, nur grosse Mattigkeit und gänzlicher Appetitmangel. Am 5. Tage Exitus letalis, wohl nur durch Erschöpfung. Die Section erwies keinerlei entzündliche Erscheinungen; die Nähte hatten den Abschluss vollkommen bewirkt. — Beide Präparate werden vorgelegt. Eine mikroskopische Untersuchung derselben steht noch aus.

Es folgen 2 Ovariotomien: 1) Grosse multiloculäre Cyste, deren Ausschälung wegen ausgedehnter Verwachsungen nicht möglich. Exstirpation der Zwischenwände, Drainage, Vernähung. Glatte Heilung bis auf eine noch jetzt bestehende Fistel, welche jedoch der Operirten kaum erhebliche Beschwerden bereitet.

2) Uniloculäre Ovarialcyste mit wasserklarem Inhalt. Ausschälung leicht. Der sehr kurze Stiel macht beim Ligiren erhebliche Schwierigkeiten. Heilung anstandslos bis auf einen kleinen Bauchdeckenabscess, der incidirt werden musste.

Ferner 2 Herniotomien: 1) 7-jähriger Knabe. Die Incarceration einer Leistenhernie wird manuell beseitigt. Im Anschluss hieran sofort Eröffnung des Bruchsackes, Abtragung, Verschluss durch die Naht. Glatter Verlauf.

2) 21-jähr., äusserst kräftiger Bauerbursche. Heftige Schmerzen in dem unschwer zu reponirenden Leistenbruch. Incarcerationserscheinungen nicht deutlich ausgesprochen, Stuhl vorhanden. Operation: Angeborene Hernie mit reichlichem Bruchwasser, Samenstrang und Gefässe im Bruchsacke verlaufend, so dass keine Abtragung möglich. Tabaksbeutelnaht. Am Abend des Operationstages ist Pat. sehr unruhig, klagt über Schmerzen. Trotz 1 Gran Opium Nachts über und am Morgen des nächsten Tages äusserst unruhig, spricht stets davon, dass er sofort sterben werde. Exquisit hysterisches Gebahren. Trotz Morphium anhaltende Unruhe. Dr. Donner, der schon früher Pat. behandelt hat, hypnotisirt danach den Kranken mit der Weisung, nach 2 Stunden Schlaf ohne Schmerzen zu erwachen. Pat. wacht zur bestimmten Zeit auf, hat keine Schmerzen mehr, ist jedoch noch immer sehr unruhig. Nochmals wird Pat. leicht in Hypnose versetzt. Nach dem zweiten Erwachen alles gut. Heilungsverlauf ohne weiteren Zwischenfall.

Schliesslich berichtet Vortr. kurz über eine anstandslose Heilung einer Laparotomie bei Tuberculosis peritonei und, wenn auch nicht in den Rahmen des Themas gehörig, über 3 ganz glatt verlaufende Totalexstirpationen des Uterus.

Dr. Bergmann weist darauf hin, dass es in der Statistik nicht üblich sei, Herniotomie bei Leistenbrüchen zur peritonealen Chirurgie zu rechnen, trotzdem natürlich das Peritoneum auch hierbei eröffnet wird.

Dr. Miram will mit den 7 Fällen weiter keine Statistik treiben, er hat sie nur zusammengestellt, da er bei allen diesen Operationen in das Cavum peritonei eingedrungen.

2. Dr. Miram berichtet über die Operation einer kleinapfelgrossen Geschwulst, welche unter den Sehnen auf dem Fussrücken eines jungen Mannes sass. Langsames Wachsen des Tumors ohne erhebliche Beschwerden. Die Operation ergiebt eine gelbliche, sehr weiche Geschwulst, welche, in den Talus hineingewuchert, denselben fast vollkommen auseinander gesprengt hat, so dass die Exstirpation des Knochens nothwendig wird. Das Präparat, dessen mikroskopische Untersuchung noch aussteht, wird vorgezeigt.

3. Dr. Bernsdorff: „Ein Fall von Vergiftung durch reine Carbolsäure in selbstmörderischer Absicht mit Ausgang in Genesung". Verschluckt wurden ca. 30 Gramm.

Ein 35-jähriger Mann, welcher früher 2 Mal wegen hallucinatorischer Verrücktheit in der Irrenanstalt Rothenburg behandelt worden, war angeblich plötzlich ohne nachweisbare Ursache erkrankt. Ref. wurde sofort hinzugerufen. Pat. lag ausgestreckt auf der Diele, unverständliche Laute hervorstossend, Gesicht stark geröthet, Respiration und Puls sehr beschleunigt. Sehr bald reagirte der Bewusstlose auf Reize nicht mehr, die Athmung wurde langsam und oberflächlich, der Puls klein, sehr leicht unterdrückbar. Nach Aussagen der Angehörigen hatte Pat. einen Spaziergang machen zu wollen angegeben, war jedoch nach wenigen Minuten wieder in's Zimmer zurückgekehrt, um sofort, da ihm schlecht geworden, den Abtritt aufzusuchen. Alsbald ist Pat. daselbst ohnmächtig zusammengebrochen. Ref. beschloss eine Magenausspülung vorzunehmen, trotz Fehlens jeglichen Anhaltspunctes für eine Vergiftung (so war unter Anderem ein charakteristischer Geruch aus dem Munde nicht wahrzunehmen). Durch äussere Verhältnisse konnte die Sonde erst ca. 3/4 Stunde nach eingetretener Erkrankung angewandt werden. Mittlerweile waren Injectionen von Aether sulf. des schlechten Pulses wegen in Anwendung gezogen worden. Der Unterkiefer musste constant nach vorn gezogen werden, da die nach hinten fallende Zunge die Respiration bedrohte. Einführung der Sonde leicht, die ablaufende Spülflüssigkeit ergab sofort den charakteristischen Carbolgeruch. Die Entleerung des Mageninhaltes ging schwierig und stockend vor sich, sie musste immer wieder unterbrochen werden, da Erstickung einzutreten drohte. Ca. 3 Stunden hindurch energischste Wiederbelebungsversuche, scheinbar ohne jeden Erfolg, schliesslich wurde von Frottirungen, Injectionen etc. Abstand genommen. Ca. 7 Stunden nach Einnahme des Giftes grosse Unruhe, Erbrechen einer bedeutenden Menge wässrigblutiger, stark nach Carbolsäure riechender Flüssigkeit. Jetzt erholte Pat. sich allmälig, so dass nach weiteren 3 Stunden Fragen mit matter Stimme beantwortet werden konnten. — In den nächsten Tagen hochgradige Schwäche. Noch mehrfach blutiges Erbrechen, namentlich nachdem Pat. Glaubersalz erhalten. Am



ersten Tage war Katheterisation nothwendig. Im Uebrigen auffallend schnelle Erholung; auch die subjectiven Beschwerden relativ gering, die Schmerzen im Rachen und in der Magengegend waren mässig zu nennen und verschwanden nach einer Woche vollkommen. Der Urin bot eine Woche hindurch die bekannten Carbolverfärbungen, eine mässig starke Albuminurie verschwand in den nächsten 3 Wochen. — Der Kranke hat hinterher das Fläschchen von ca. 30 Gramm Inhalt vorgewiesen und behauptet, die ganze in demselben enthaltene Menge verschluckt zu haben. Einige wenige am Boden des Gefässes haften gebliebene Tropfen wurden als das officinelle Acid. carbol. liquef. bestimmt.

Kobert und Binz führen in ihren bekannten Lehrbüchern an, dass 8 Grm. und noch bedeutend weniger reinen Phenols genügen, um den Tod herbeizuführen, und zwar tritt derselbe meist in ein bis zwei Stunden unter Erscheinungen von Lähmung des Centralnervensystems auf. Jedoch sind auch Fälle von Carbolsäurevergiftung veröffentlicht (so z. B. von Falck und ganz kürzlich von Huber aus der Eichhorst'schen Klinik), wo die Menge des eingenommenen Giftes 30 Grm. und noch darüber betrug und die Patienten doch noch mit dem Leben davongekommen sind.

Vortr. macht darauf aufmerksam, dass es eigentlich vollkommen unstatthaft sei, wenn, wie bei uns, dieses so stark wirkende Gift, in den Droguenhandlungen und vielen Apotheken, im Handverkauf abgelassen wird.

Dr. Hampeln betont die Seltenheit der Vergiftungen durch internen Gebrauch von Carbolsäure bei uns zu Lande trotz der grossen Verbreitung dieses Mittels. In seiner 10-jährigen Krankenhauspraxis sei ihm nur ein Fall zu Gesicht gekommen und war hier das Gift durch ein Versehen eingenommen.

Was die so grossen Abweichungen der absolut letalen Dosis anbetrifft, so ist unter Anderem als Ursache einer weniger intensiven Giftwirkung wohl namentlich eine kurz zuvor stattgehabte Nahrungsaufnahme anzusehen. (Wird von Dr. B. für den referirten Fall zugestanden).

Dr. Hampeln hat ebenfalls nicht selten Schwierigkeiten erlebt beim Aushebern des Mageninhaltes und zwar beschuldigt er unsere ungeeigneten Sonden. Ewald empfiehlt ein Instrument, mit welchem die Resultate viel besser sein sollen, hier befindet sich an der Spitze eine grössere Oeffnung und ca. ein Zoll höher eine Anzahl seitlicher kleinerer Oeffnungen.

z. Z. Secretär: Dr. Bernsdorff.

Wissenschaftliche Verhandlungen der Dorpater medicinischen Facultät.

Vorsitzender: Herr R. Thoma.
Berichterstatter: Herr R. Kobert.

Sitzung am 22. Februar 1890.

1) Herr O. Küstner demonstrirt einen Fall von **foetalen Amputationen.** Ein sonst sehr gut entwickeltes Kind wurde mit Defect von 8 Fingern, der grossen Zehe des rechten und der Endphalanx der grossen Zehe des linken Fusses geboren. Es hat sich auch hier wie meist um amniotische Umschnürungen gehandelt, nur waren dieselben nicht durch Simonart'sche Bänder bewirkt worden, sondern wie K. an der zugehörigen Nachgeburt demonstrirte, vermuthlich durch das ganze Amnios, welches in früher Foetalperiode sich vom Chorion gelöst hatte und zerrissen zu einem Strang gedreht noch jetzt um die placentare Nabelschnurinsertion gewickelt gefunden wurde.

An der Discussion betheiligten sich die Herren Thoma, Kobert, Barfurth, Dehio.

2) Herr F. Krüger spricht **über den Eisengehalt der Zellen der Leber und Milz des Rindes in verschiedenen Lebensaltern.**

Eisenbestimmungen an der Leber und Milz sind schon vielfach ausgeführt worden, doch sind die Versuchsresultate, die die einzelnen Forscher erhalten haben, sehr wenig übereinstimmend. Der Grund dafür liegt wohl nicht zum geringsten Theil in der Mangelhaftigkeit der Untersuchungsmethoden. Bald wurden die *bluthaltigen* Organe verarbeitet, bald wurde die Leber resp. Milz erst durchströmt und dann die Eisenbestimmung vorgenommen. In dem einen aber wie in dem anderen Falle blieb es unsicher, wie viel von dem gefundenen Eisen auf Rechnung der specifischen Zelle kam.

Nachdem nun im hiesigen physiolog. Institute eine Methode ausgebildet worden ist, die es gestattet, die Zellen der Leber und Milz derart zu isoliren, dass sie frei von Verunreinigungen ihre vitalen Eigenschaften beibehalten (cf. die unter Prof. Alexander Schmidt's Leitung ausgeführten Dissertationen von A. Schwartz, E. Anthen und B. Kallmeyer), lag es nahe dieselbe auch zur chemischen Analyse der gen. Zellen zu verwenden.

Diese Methode besteht in Kürze in Folgendem:

Das betr. Organ wird vom Peritonealüberzug befreit und mittelst eines Hornspatels unter mässigem Druck geschabt; der auf diese Weise gewonnene Zellenbrei wird mit 0,6—0,75 % Kochsalzlösung versetzt und durch ein Leintuch gepresst. Die in der durchgepressten Flüssigkeit suspendirten Zellen senken sich zu Boden; ist das geschehen, so decantirt man die stark blutig tingirte Waschflüssigkeit und ersetzt sie durch eine frische Kochsalzlösung. Diese Procedur wird so oft wiederholt bis in der über den Zellen stehenden Waschflüssigkeit keine Spur von Hämoglobinstreifen mehr zu sehen ist. Die letzte Waschflüssigkeit wird wieder abgegossen und der dünne Zellbrei auf der Centrifuge gesammelt.

In dem so vorbereiteten Zellenbrei wird nun der Gehalt an festen Bestandtheilen, an Kochsalz und an Eisen bestimmt.

Die Kochsalzbestimmung geschah nach Mohr, die des Eisens durch Titration mit Chamäleonlösung nach erfolgter Einäscherung des Zellenbreis, Aufnahme der Asche mit Salzsäure, nach Abdampfen derselben mit Schwefelsäure und Reduction mit Zink.

Die gefundene Eisenmenge wurde auf 100 Gr. Trockenrückstand minus dem Kochsalzgehalt berechnet. Es entsteht hierdurch ein kleiner Fehler, da auch das NaCl und KCl der Zellen selbst subtrahirt wird; dieser Fehler ist jedoch so klein, dass er keiner Berücksichtigung bedarf.

Um dem Vorwurf vorzubeugen, dass durch das Auswaschen den Zellen Eiweiss resp. Zellen entzogen werde, sind diesbezügliche Controllversuche ausgeführt worden. Es ergab sich, dass ein fortgesetztes Auswaschen des Zellbreies mit dem 3—4000fachen Vol. Kochsalzlösung den Eisengehalt derselben nicht ändere.

Die Bestimmungen wurden ausgeführt an den Zellen von Kälbern, erwachsenen Rindern und Rinderfoeten.

Ich gebe zunächst die gefundenen Durchschnittswerthe für die Leber an. Es enthalten 100 Th. Leberzellenrückstand:

von 20—30 Ctm. langen Rinderfoeten	0,3586 Th. Eisen,
„ 30—40 „ „ „	0,2143 „ „
„ 40—50 „ „ „	0,1402 „ „
„ 50—60 „ „ „	0,1814 „ „
„ 60—70 „ „ „	0,2960 „ „
„ 70—80 „ „ „	0,3092 „ „
„ 80—100 „ „ „	0,1809 „ „
„ Kälbern aus der 1. Woche	0,1800 „ „
„ „ „ „ 2. „	0,0863 „ „
„ „ „ „ 3. „	0,0496 „ „
„ „ „ „ 4. „	0,0322 „ „
„ ca. 3jährigen Ochsen	0,0246 „ „
„ tragenden Kühen	0,0276 „ „

Aus diesen Zahlen ergiebt sich:

1) dass ein Unterschied im Eisengehalt der Leberzellen von Ochsen und tragenden Kühen nicht vorhanden ist;

2) dass die Leberzellen der Foeten ganz bedeutend mehr Eisen besitzen als die der erwachsenen Thiere, und dass der Eisengehalt derselben in den verschiedenen Entwickelungsstadien ein verschieden grosser ist;

3) dass die Leberzellen einen Reichthum an Eisen mit auf die Welt bringen. Dieser Reichthum nimmt aber allmälig und stetig ab und dürfte im Laufe der 5. oder 6. Woche zur definitiven Norm gefallen sein.

In Bezug auf den Eisengehalt der Milzzellen liegen zunächst nur noch wenige Versuche vor, jedoch gestatten sie schon einen gewissen Ueberblick.

Auf 100 Th. Rückstand berechnet, ergaben die Zellen von:

2 nicht tragenden Kühen	0,2914 Th. Eisen,
6 tragenden Kühen	2,1956 „ „
6 Ochsen	0,5680 „ „
20 Kälbern aus der 1. Woche	0,0567 „ „
6 „ „ „ 2. „	0,0662 „ „
2 „ „ „ 4. „	0,0508 „ „
1 „ „ „ 5. „	0,0449 „ „
16 Foeten, 75—100 Ctm. lang	0,0821 „ „

Es stellt sich somit heraus, dass, entgegengesetzt dem Befunde an den Leberzellen, die Milzzellen der erwachsenen Thiere viel mehr Eisen besitzen als die der Foeten und Neugeborenen.

In Bezug auf die tragenden Kühe muss ich hinzufügen, dass im Mittel aus 5 Milzen 1,903 % Eisen gewonnen wurden. Die oben genannte grosse Zahl (2,1956) ist dadurch bedingt, dass eine Milz den erstaunlichen Gehalt von 4,2063 Grm. Eisen in 100 Grm. Rückstand aufwies.

Jedenfalls scheint es klar zu sein, dass der Eisengehalt während der Trächtigkeit ganz colossal gesteigert ist.

Bei den Kälbern erhält sich der Eisengehalt der Milzzellen während der ersten 5 Wochen auf der gleichen Stufe.

3) Herr R. Kobert demonstrirt **die gangbarsten Sorten der Hornkapseln.**

Nachdem K. im vorigen Jahre an dieser Stelle über Gelatinekapseln ausführlich gesprochen und die gangbarsten Sorten demonstrirt hat, möchte er heute zur Ergänzung jener Mittheilung über Hornkapseln sprechen. Dieselben kommen 1) da in Betracht, wo man ein Mittel auf die Darmschleimhaut einwirken lassen will aber nicht auf die Magenschleimhaut; 2) wo man auf Darmparasiten einwirken will und befürchtet, dass das Mittel im Magen resorbirt werden oder den Magen schädigen könnte; 3) wo man mit einem Mittel Wirkungen auf entfernte Organe erzielen will aber dem Magen die Resorption desselben nicht glaubt zumuthen zu dürfen.

Die Anwendung der Hornsubstanz zu diesem Zwecke stammt von Unna, welcher von der ganz richtigen Thatsache ausging, dass sich Keratin im Magensaft gar nicht löst wohl aber unter Umständen im Darmsaft. Natürlich fielen die ersten Versuche,

welche mit Hornsubstanz überzogene Pillen betrafen, mangelhaft aus und gaben Ewald in Berlin Anlass zu einer absprechenden Kritik. Gerade diese hat aber zu weiteren Verbesserungen der Technik den indirecten Anstoss gegeben, so dass wir jetzt entschieden brauchbarere Präparate zur Verfügung haben.

Das reine Keratin lässt sich auf zwei Methoden verflüssigen, nämlich auf alkalischem Wege mittelst Ammoniak und auf saurem Wege mit Eisessig. Beide Lösungen werden beim Keratiniren der Pillen verwendet, nachdem dieselben vorher mit einem festen Fett z. B. mit Wallrath überzogen sind. Betreffs der Details der Pillenkeratinirung verweist der Vortr. auf sein Compendium der Arzneiverordnungslehre (p. 87).

Viel schwieriger als die Darstellung der Hornpillen ist die von Hornkapseln. Alle früheren Versuche mit reiner Hornsubstanz müssen als gescheitert betrachtet werden, da dieselbe beim Trocknen spröde wird, Risse bekommt und springt. Der Apotheker George Gustav Pohl in Schönbaum bei Danzig hat nun diesen Uebelstand dadurch beseitigt, dass er der Hornsubstanz Zusätze macht, welche ihr eine gewisse Elasticität und Geschmeidigkeit verleihen. Sein Verfahren ist folgendes:

Zunächst wird möglichst reines Keratin in wässriger Ammoniaklösung bis zur Sättigung gelöst, durch Glaswolle filtrirt und zum Syrup eingedampft, wobei der Geruch nach Ammoniak allmälig verschwindet (wohl ein Zeichen, dass sich eine chemische Verbindung von Ammoniak und Keratin gebildet hat). Jetzt wird bester Schellak durch Maceriren mit Aether von seiner wachsartigen Substanz befreit und 4 Theile des zurückbleibenden Harzes mit 1 Theil Borax und destillirtem Wasser bis zur Lösung erwärmt, filtrirt und das Filtrat zur Syrupconsistenz eingedampft. Von diesen beiden syrupösen Flüssigkeiten werden nur gleiche Theile mit einander gemengt und unter Zusatz einer ganz verschwindend kleinen Menge ammoniakalischer Colophoniumlösung erwärmt. Die so hergestellte gut durchgerührte Mischung wird nun in derselben Weise wie Gelatinelösung auf Capsules verarbeitet. Diese Kapseln sind dem Erfinder unter dem Namen Pohl's Dünndarmkapseln in vielen Ländern patentirt worden (Deutsches Reichs-Patent № 35976 vom 31. Mai 1886) und erfreuen sich einer regen Nachfrage. Sie werden den Anwesenden vorgezeigt, gefüllt mit:

1) Acid. salicylic. à 0,5 Gramm.
2) Thymol à 0,05 Gramm.
3) Resorcin und Ricinusöl.
4) Naphtalin à 0,1 Gramm.
5) Bismuth. subnitricum. } in wechselnden Mengen.
6) Liquor Ferri sesquichlorati } in wechselnden Mengen.
7) Plumbum aceticum. } in wechselnden Mengen.
8) Tannin à 0,1 Gramm.
9) Extr. Filicis à 0,5 Gramm.

Aber es existiren auch noch andere Sorten, z. B. mit Alaun, Copaivabalsam, Chinin, Chrysarobin, Leberthran, Opium, Santonin sowie auch leere Kapseln, sog. Caps. operculatae, von verschiedener Grösse. Der Preis der leeren Kapseln beträgt bei Pohl pro Dutzend 7—8 Mark.

Der Vortr. hat diese Kapseln auf ihre Löslichkeit in Darmsaft und auf ihre Unlöslichkeit in Magensaft untersucht und gefunden, dass sie länger als eine Stunde den verdauenden Wirkungen des Magens absoluten Widerstand leisten, während bei Contact mit alkalischer Pancreaslösung schon nach 15 Minuten Undichtigkeiten der Wandung entstehen, so dass der Inhalt langsam austritt. Bei 3-stündiger Digestion mit Magensaft traten ebenfalls Undichtigkeiten ein; jedoch schadet dies nichts, da die Kapseln vom leeren Magen vermuthlich schnell an den Darm abgegeben werden. Jedenfalls liegen noch keine Beweise vom Gegentheil vor. Eine bis zum Verschwinden vollständige Lösung der Kapseln fand im Darmsaft nicht statt, wenigstens nicht binnen mehrerer Stunden; jedoch schadet dies nichts, denn es kommt nur darauf an, dass die Kapseln so löcherig werden, dass ihr Inhalt sich in den Darm ergiesst.

Der Vortr. ist der Ueberzeugung, dass derartige Kapseln für die Pharmakotherapie eine unbestreitbare Bedeutung haben und hält es daher für sehr bedauerlich, dass bis jetzt die freie Einfuhr der Pohl'schen Präparate in Russland verboten ist. Er hofft, dass obiger Vortrag dazu führen wird auch in diesem Lande von den Dünndarmkapseln ärztlicherseits allgemeinen Gebrauch zu machen. Einen Ersatz derselben durch Schellackkapseln hält Vortr. für unthunlich. Ueberhaupt giebt es keine Composition, welche die Pohl'sche bis jetzt zu ersetzen im Stande wäre.

Es wäre eine interessante Aufgabe der Chemie den beim Lösen der Hornsubstanz in Ammoniak entstehenden Körper, der wohl kaum noch unverändertes Keratin ist, genauer zu analysiren und eventuell in recht gleichmässigen Präparaten in den Handel zu bringen.

4) Herr Kobert spricht ferner über die Bedeutung des **Ulex europaeus** für die Landwirthschaft und erklärt, dass nach seinen pharmakologischen Versuchen Ulexin und Cytisin identisch sind. Die Details des Vortrags werden anderweitig erscheinen.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Bei Behandlung der *Diphtheritis* rühmt M. Derleth eine 2—3% Lösung von *Wasserstoffsuperoxyd* zu Ausspülungen mehrmals täglich. Die Membranen lösen sich bald, die Secrete werden in gangränösem Zustande entfernt. (New-Yorker Medic. Monatsschr. 1889, № 9). Das Mittel ist schon 1883 von P. Bert und P. Regnard in den Comptes rend. de la soc. de biologie für die antimycotische Therapie im Allgemeinen empfohlen. Es muss neutral reagiren, weder SO_3 noch Baryt enthalten.

— Die Resultate der von Schöler (Berlin) an Stelle der optischen Iridectomie 1886 vorgeschlagenen *praecornealen Iridectomie* sind nach E. Fischer's Mittheilung sehr gute. Aus der Zusammenstellung aller bis jetzt von Schöler ausgeführten praecornealen Iridectomien geht hervor, dass diese Operation betreffs Verbesserung der Sehschärfe wenigstens ebensoviel leistet, wie die optische Iridectomie; sie bietet dabei den Vortheil Blendung und Zerstreuungskreise zu vermeiden. Die Ausführung der Operation ist etwas schwieriger und verlangt geübte Assistenz, da die vorgefallene Iris mit zwei nicht gezähnten Pincetten am Rande gefasst und ausgebreitet gehalten werden muss, um sie sicher und bequem mit der Scheere radiär durchschneiden zu können. (D. med. Woch. № 3).

— In 3 Fällen von idiopathischem, universellem *Pruritus* verschwand das Jucken nach Wertheimber's Beobachtung rasch und dauernd unter dem Gebrauche von 3 Mal täglich 2 Esslöffeln einer 3% Lösung von Natr. salicyl.
(M. med. Woch. — Cbl. f. med. Wiss.)

Vermischtes.

— Die *neuen Statuten der militär-medicinischen Academie,* welche mit denen der medicinischen Facultäten der Universitäten in Uebereinstimmung gebracht sind, sind bereits vom Reichsrath durchberathen und angenommen worden.

— Am 4. December d. J. begeht die *medicinische Facultät der Universität Kiew* das *50-jährige Jubiläum* ihres Bestehens.

— Auf Initiative des Dr. D. N. Shbankow haben einige Mitarbeiter des med. Journals „Wratsch" beschlossen, zum Andenken an das 10-jährige Bestehen dieses Journals alljährlich eine Sammlung und zwar zu je einem Rubel, unter denjenigen, welche dazu bereit sind, zu veranstalten und dieses gesammelte Geld dem Redacteur des „Wratsch", Prof. Manassein, zur Verfügung zu stellen und *«Manassein'scher Rubel»* zu benennen. Prof. Manassein hat sich bereit erklärt, diese Spenden entgegenzunehmen und zur Bildung eines Capitals, welches zur Unterstützung von hilfsbedürftigen Aerzten und Familien derselben dienen soll, zu verwenden. Das Comité der ärztlichen Unterstützungscasse hat auf Wunsch des Prof. Manassein die Verwaltung dieses Capitals und die Ertheilung von Unterstützungen aus demselben übernommen.

— *Ordensverleihung: Den St. Wladimir-Orden II. Classe* — dem Director der von Sr. Majestät dem Kaiser am 26. Februar 1870 hieselbst gegründeten Verpflegungsanstalt für Geisteskranke, Wirkl. Staatsrath Dr. Nikiforow.

— *Allerhöchstes Wohlwollen eröffnet*: dem Professor der militär-medicinischen Academie, Wirkl. Staatsrath Dr. Mierzejewski, für seine beständige und sehr nützliche Mühwaltung als Mitglied des Conseils der von Sr. Majestät dem Kaiser gegründeten Verpflegungsanstalt für Geisteskranke.

— *Ernannt:* Der Corpsarzt des 4. Armeecorps, Wirkl. Staatsrath Dr. Geltowski — zum Militär-Medicinalinspector des Kiewschen Militärbezirks; der Geh. des Mil.-Med.-Inspectors des Moskauer Mil.-Bezirks, Wirkl. Staatsrath Dr. Sauszinski — zum Mil.-Med.-Inspector des Odessaschen Mil.-Bezirks; der Corpsarzt des Grenadiercorps, Wirkl. Staatsrath Rasbirajew — zum Gehilfen des Mil.-Med.-Inspectors des Moskauer Mil.-Bezirks; der Corpsarzt des 15. Armeecorps, Wirkl. Staatsrath Ljubarski — zum Gehilfen des Mil.-Med.-Inspectors des Kasanschen Mil.-Bezirks; der Oberarzt des Moskauer Mil.-Hospitals, Wirkl. Staatsrath Dr. Dubinski — zum Corpsarzt des Grenadiercorps; der Oberarzt des Moskauer Leibgarderegiments, Wirkl. Staatsrath Dr. Zöpffel — zum Corpsarzt des 15. Armeecorps; der Oberarzt des Rigaschen Mil.-Hospitals, Staatsrath Dr. Kossuchin — zum Corpsarzt des 4. Armeecorps; der Consultant des Moskauer Mil.-Hospitals, Wirkl. Staatsrath Dr. Saborowski — zum Oberarzt dieses Hospitals.

— *Verstorben:* 1) Am 22. Februar in St. Petersburg der frühere langjährige Polizeiarzt und in den letzten Jahren seines Dienstes Inspector des hiesigen medicinisch-polizeilichen Comités, Staatsrath D. J. Diatroptow. 2) Der Oberarzt des örtl. Lazareths in Sary-Jasy (Transkaspisches Gebiet) Kutschinski. 3) Am 6. Februar in Pjatigorsk der dortige praktische Arzt Jefim Shdanko im 67. Lebensjahre an einer Herzkrankheit. Der Verstorbene war früher Oberarzt des Kubangebiets und fungirte während des letzten türkischen Feldzuges als Mil.-Medicinalinspector der Truppen im Rücken der Armee. 4) und 5) Die jüngeren Militärärzte Arski und Ljubinski. 6) In Gräfenberg der dortige Curarzt Dr. Joseph Schindler im 76. Lebensjahre.

— Der Professor-Adjunct der militär-medicinischen Academie, Mag. chem. A. Dianin, ist zum ausserordentlichen Professor



der physiologischen Chemie an der genannten Academie ernannt worden.

— Zum Nachfolger des verstorbenen Prof. Bogdanowski auf dem Lehrstuhl der chirurgischen Hospitalklinik an der militär-medicinischen Academie ist, wie verlautet, der Privatdocent dieser Academie Dr. W. Ratimow gewählt worden.

— Der „Wratsch" ist durch den Cassirer der *medicinischen Haupt-Unterstützungscasse*, Dr. A. W. Popow, in den Stand gesetzt, nachstehende Daten über die Bewegung der Summen dieser Casse pro 1889 zu bringen. *Eingeflossen* sind im Jahre 1889: 1) an Jahres-Mitgliedsbeiträgen — 5935 Rbl., 2) an einmaligen lebenslänglichen Beiträgen à 200 Rbl. — 1400 Rbl., 3) an Spenden — 1070 Rbl., 4) für eine bei der Ziehung amortisirte Obligation — 100 Rbl., 5) an Zinsen vom Capital der Casse — 6269 Rbl. 40 Kop., 6) angekauft zinstragende Staatspapiere — 8000 Rbl. (Nominalwerth) und 7) aus der Tulaer und der Turkestan'schen Casse, sowie an Zinsen vom Pirogow'schen Capitale — 387 Rbl. 24 Kop. — In *Ausgabe* sind gekommen: 1) an gezahlten Pensionen — 6228 Rbl. 94 Kop., 2) an einmaligen Unterstützungen — 375 Rbl., 3) zum Ankauf von Werthpapieren — 7938 Rbl. 75 Kop., 4) gezahlt für laufende Coupons beim Ankauf von Werthpapieren — 69 Rbl. 38 Kop. und 5) an Verwaltungskosten — 573 Rbl. 99 Kop. — Zum 1. Januar 1890 verblieb ein Cassenbestand von 136,000 Rbl. in zinstragenden Papieren und 1804 Rbl. 69 Kop. in baarem Gelde. — Ausserdem betrug der Cassenbestand der Abtheilung für weibliche Aerzte — 422 Rbl. — In die Casse des „Manasseïn'schen Rubels" zur Unterstützung von hilfsbedürftigen Aerzten und deren Familien sind geflossen: 1) durch Dr. D. N. Shbankow — 148 Rbl., 2) von den der Militär-Medicinischen Academie zucommandirten Aerzten — 62 Rbl., 3) von den Doctoren J. J. Babanow 5 Rbl., A. M. Sabolozki 1 Rbl., A. W. Popow 2 Rbl., N. P. Glagolow 1 Rbl., Titow 1 Rbl., Kabakow 1 Rbl., A. A. Kosina 3 Rbl., J. D. Schmuidsinowitsch 2 Rbl., Abkowitsch 3 Rbl., N. F. Slatkowski 2 Rbl. und 4) durch die Redaction des „Wratsch" 824 Rbl., im Ganzen bis zum 19. Februar 1890 — 1055 Rbl.

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 4. März d. J. 6078 (25 weniger als in der Vorwoche), darunter 194 Typhus- (2 mehr), 662 Syphilis- (17 weniger), 108 Scharlach- (2 weniger), 73 *Influenza-* (2 weniger), 80 Masern- (8 weniger), 15 Diphtherie- (8 weniger) und 11 Pockenkranke (1 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) In *Annenhof*, Kreis Wenden in Livland, ist die Stelle eines Arztes vacant geworden. Auskünfte ertheilt Frau v. Transehe in Annenhof, per Wenden und Nitau.

2) Es wird ein Arzt für den Rayon der Staniza Tiflis im Kubangebiet gesucht. Der Arzt erhält Subsidien von 4 Personen im Betrage von 500 Rbl., mit der übrigen Praxis zusammen gegen 1000 Rbl. Wegen genauerer Auskünfte hat man sich an den örtlichen Apotheker unter der Adresse: „Въ станицу Тифлисскую, Кубанской области, аптекарю" zu wenden.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 25. Februar bis 2. März 1890.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
303	263	566	105	46	92	28	9	13	58	56	46	42	37	26	7	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 7, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 20, Scharlach 32, Diphtherie 11, Croup 6, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 27, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 115, Tuberculose anderer Organe 13, Alcoholismus und Delirium tremens 1, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 24, Krankheiten des Verdauungscanals 54, Todtgeborene 22.

☛ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 20. März 1890.**

☛ **Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 12. März 1890.**

Дозв. ценз. Спб. 3 Марта 1890 г. Herausgeber **Dr. Th. v. Schröder.** Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.

XV. JAHRGANG. St. Petersburger **Neue Folge VII. Jahrg.**

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,
St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe **Jahr** incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — **Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.**

☞ **Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate** ☜ bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 8, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 11 St. Petersburg, 17. (29.) März **1890**

Ein Fall von Cysticercus im Glaskörper.

(Extraction durch meridionalen Scleralschnitt. Heilung.)

Von
Dr. Graf Magawly
(St. Petersburg.)

Das in Russland überaus seltene Vorkommen von Cysticercen im Auge veranlasst mich nachstehenden, in der St. Petersburger Augenheilanstalt vor Kurzem beobachteten Fall zu veröffentlichen.

Tatjana Iljina, 25 Jahre alt, gebürtig aus Kamischen, Stadt an der Wolga im Ssaratow'schen Gouvernement, gegenwärtig in Kronstadt wohnhaft, empfindet seit dem Juni a. p. eine Abnahme des Sehvermögens des rechten Auges, ohne dass dasselbe je entzündet gewesen wäre oder geschmerzt hätte. Erste Vorstellung am 18. Sept. a. p. Aeusserlich vollkommen gesund aussehendes, ganz reizfreies Auge, Pupillarbewegungen und Tension normal, Finger werden mühsam in 1 Meter Entfernung gezählt. Eine Prüfung des Gesichtsfeldes wurde bei der ersten Vorstellung nicht ausgeführt. Bei der ophthalmoskopischen Untersuchung fällt zunächst eine die Grenzen der Papille fast gänzlich verdeckende, etwa 2 Papillen breite, weissgelblich getrübte Zone der Retina in's Auge, die am saturirtesten nach innen von der Papille ist, von wo aus sich eine Netzhautablösung nach unten und innen verfolgen lässt, dieses Bild wird durch dicht vor der Retina sich befindende, netzförmige und filamentöse Glaskörperopacitäten etwas verschleiert.

Etwa 4 Papillenbreiten unterhalb des horizontalen Meridians und ungefähr 5 Papillenbreiten nach innen von der Papille erscheint eine vollkommen nackte, bläuliche, etwa 7 Mm. im Durchmesser haltende Cysticercusblase, mit nach innen und unten gerichtetem, deutlich sichtbarem Hals und Kopf. Bewegungen sowohl an letzteren, wie auch an den übrigen Contouren der Blase liessen sich bei der ersten Vorstellung nicht nachweisen.

Pat. giebt an, bis auf Masern in der Kindheit keine ernstlichere Erkrankung durchgemacht zu haben, namentlich hätte sie nie an Taenia gelitten. Im 17. Lebensjahre verheirathet, hat sie bis jetzt vier Kinder gehabt, davon ist das älteste im 2. Lebensmonate in Folge mangelhafter Ernährung gestorben, das jüngste 8 Monate alt, wird gegenwärtig noch von der Mutter gestillt. Seit einem halben Jahre leidet Pat. an rechtsseitigem, migräneartig auftretendem Kopfschmerz, der bisweilen ziemlich heftig wird und mit Erbrechen endet. Pat. sieht sehr anämisch aus, nirgends am Körper im Unterhautzellgewebe Cysticercen nachzuweisen, sie giebt an, recht häufig rohen Schinken, auch gekochtes Schweinefleisch gegessen zu haben.

Der der recht intelligenten Pat. proponirte Versuch einer operativen Entfernung des Parasiten wird von ihr ohne weitere Ueberredung angenommen, nur muss sie zur Ordnung häuslicher Verhältnisse und um ihr Brustkind abzuholen für's Erste noch nach Kronstadt zurückkehren.

Erst am 9. October, 3 Wochen nach der ersten Vorstellung, meldet sie sich zur Aufnahme. Das äussere Auge unverändert, nach wie vor ohne jegliche Entzündungserscheinung. Die ophthalmoskopische Untersuchung weist jedoch eine Lageveränderung des Cysticercus nach; derselbe befindet sich jetzt ungefähr in der Aequatorialgegend nach unten und aussen von der Papille, in der Mitte zwischen dem unteren und äusseren geraden Augenmuskel an der Bulbuswandung fixirt, jedoch frei in den Glaskörper hineinragend. Bewegungen am Hals und Kopf des Parasiten lassen sich jetzt deutlich constatiren. Die Glaskörpertrübungen haben sich in dieser Zeit eher etwas vermindert, dagegen hat die Netzhautablösung nach unten und aussen an Ausdehnung zugenommen. Die Trübung und Abhebung der Retina um die Papille wie bei der ersten Untersuchung. Finger werden in 1 Meter Abstand bei schwach nach innen vorbeischiessender Sehaxe gezählt. Das Gesichtsfeld nach oben, innen und unten bis über den Fixationspunct vollkommen aufgehoben.

Am 11. October wird bei tiefer Chloroformnarkose, unter den gewöhnlichen antiseptischen Cautelen in folgender Weise die Operation ausgeführt: Der Bulbus wird zunächst möglichst stark nach oben und innen gerollt und in dieser Lage fixirt erhalten, darauf die Conjunctiva und das episclerale Gewebe in Form eines stumpfen Dreiecks zwischen dem unteren und äusseren geraden Augenmuskel mit vollkommener Schonung der Insertionen der Muskeln in einer Ausdehnung von ungefähr 15 Mm. vom entsprechenden Hornhautrande von der Sclera abgelöst. Nachdem so fast der ganze Sextant der Sclera zwischen Rectus externus und inferior freigelegt und die sehr geringe Blutung vollkommen gestillt war, wurde die Sclera 10 Mm. vom Hornhautrande entfernt, fast genau in der Mitte zwischen beiden Muskeln, etwas näher zum Rande des M. rect. inf. zu, in meridionaler Richtung, in einer Ausdehnung von 6 Mm. mit dem Graefe'schen Staarmesser eröffnet. Während des Schnittes ergossen sich einige Tropfen einer bernsteingelben visciden Flüssigkeit; kaum wurde nun die Wunde durch eine stärker federnde Pincette etwas zum Klaffen gebracht, so stellte sich auch der Parasit spontan in voller Integrität zwischen den Wundrändern ein und wurde ohne Schwierigkeit extrahirt. Die Conjunctivalwunde mittelst zweier Suturen geheftet, das operirte Auge unter nassen Sublimatwatteverband, das andere Auge unter gewöhnlichen Druckverband gebracht und Pat. auf einige Tage in's Bett verwiesen.

Der Cysticercus, an dem einige der anwesenden Collegen unmittelbar nach der Extraction noch einige Bewegungen zu bemerken glaubten, betrug im grössten Durchmesser 8 Mm., sein Hals und Kopf zeigten eine Länge von ca. 1,5 Mm.

Im Laufe der ersten 24 Stunden litt Pat. an häufigem Erbrechen mit starkem Würgen, offenbar Nachwirkung der Chloroformnarkose, dadurch schien der Wundschmerz etwas gesteigert zu werden. Mit Nachlass dieser unliebsamen Erscheinung am 2. Tage trat vollkommene Ruhe ein und absolut reactionslose Heilung der Wunde.

Die acht Tage nach der Operation angestellte ophthalmoskopische Untersuchung ergiebt fast vollkommen klaren Glaskörper. Die Trübung und Abhebung der Retina um die Papille besteht

wie vor der Operation, desgleichen ist auch die Netzhautablösung in der inneren und unteren Hälfte der Retina unverändert, nur lassen sich jetzt dazwischen einzelne gelbweissliche Flecke, offenbar in der Choroidea gelegen, nachweisen. Nach unten und aussen marquirt sich der in die Sclera gemachte Einschnitt als ca. 4—5 Mm. langer, schmutzig weisslicher Streifen mit etwas blutig tingirten Rändern. Pat. zählt Finger central in fast 2 Meter. Die Gesichtsfeldbeschränkung wie vor der Operation.

Der vorliegende Fall bietet in seinem klinischen Verlaufe und in operativer Hinsicht keine besonders hervorzuhebenden, noch nicht beobachteten Umstände dar, er reiht sich vielmehr vollkommen an die von Alfred Graefe u. A. veröffentlichten Fälle an.

Die Einwanderung des Cysticercus in den Glaskörper muss hier in der Nähe der Papille stattgefunden und die oben erwähnten Veränderungen in der Umgebung des Sehnerven hervorgerufen haben. Eine präcisere Fixation der Durchbruchsstelle liess sich nicht mehr nachweisen, am wahrscheinlichsten erscheint es, dass dieselbe nach innen von der Papille zu suchen sei, nachdem der Parasit einen subretinalen Minirgang fast um die ganze Circumferenz des Opticus ausgeführt hatte.

Obgleich das von Alfred Graefe angegebene Localisirungsophthalmoskop mir zu Gebote stand, konnte ich dasselbe im vorliegenden Falle, behufs genauerer Ortsbestimmung des Cysticercus, wegen mangelnder centraler Fixation, nicht zur Anwendung bringen. Auch die gewöhnliche von Graefe angegebene Bestimmungsmethode[1]) war wegen der stark aequatorialen Lage des Parasiten und der daher grossen Entfernung vom Opticuseintritt, besonders da die Grenzen des Letzteren vollkommen verwaschen waren, nur in sehr aproximativer Weise auszuführen. Ich gestehe daher offen, dass ich mit nicht geringer Spannung, vollends da es meine Erstlingsoperation war, zur Eröffnung der Bulbuskapsel schritt. Der günstige Ausgang der Operation lässt sich vielleicht in der Weise erklären, dass ähnlich wie bei einem Hypopyon ein Eiterpfropf bei Eröffnung der vorderen Kammer vom hervorstürzenden Kammerwasser, hier die Cysticercusblase vom verflüssigten Glaskörper, in die Scleralwunde hineingespült wurde.

Die für subretinal gelegene, noch wenig umfangreiche Cysticercen von Stölting neulich in № 42 der Berliner klinischen Wochenschrift a. p. angegebene Localisirungsmethode, durch Einstich von Nadeln den Ort des Einschnittes zu bestimmen, ist ohne Zweifel der Beachtung werth, nur will mir scheinen, dass in der Mehrzahl derartiger Fälle der Einstich nur *einer* Nadel genügen dürfte, um sich über die Lage des Cysticercus hinreichend sicher zu orientiren.

Was das seltene Vorkommen von intraoculären Cysticercen in Russland betrifft, so hat bereits neulich Schröder in seiner Arbeit[2]) diesen Umstand betont. Bei Durchmusterung der russischen Literatur in dieser Hinsicht habe ich 12 Fälle gefunden, von denen jedoch nur 5 auf Grossrussland entfallen, die übrigen 7 in den westlichen Provinzen und Polen beobachtet sind. In ähnlicher Weise gelangt ja auch die Taenia in Russland im Vergleich zum Botriocephalus latus höchst selten zur Beobachtung. Speciell hier in St. Petersburg habe ich im Jahre 1860 einen Cysticercus im Glaskörper gesehen, dessen Wirth sich aber leider meiner Beobachtung sehr bald entzog. Später, im Jahre 68? entsinne ich mich in einem wegen Iridocyclitis von Blessig enucleirten Bulbus einen eingekapselten Cysticercus gesehen zu haben. Eine Extraction des Cysticercus aus dem Glaskörper ist bisher, so viel mir bekannt ist, in Russland noch nicht gemacht worden.

[1]) Archiv f. Ophthalmol. Bd. XXIV, 1, pag. 211.
[2]) „Ein theilweise resorbirter Cysticercus in einer tuberculösen Neubildung im Innern des Auge". (Graefe's Archiv f. Ophthalmologie XXXV, 3).



Ueber die Bedeutung der Syphilis in der Aetiologie einiger Hautkrankheiten.

Von
Dr. K. L. Ssirski,
Privatdocent der militär-medicinischen Academie, ordin. Arzt des Militärhospitals in Tiflis.

Mit meiner Arbeit beabsichtige ich die nicht nur theoretisch interessante, sondern auch in praktischer Hinsicht wichtige Frage über die Abhängigkeit der Entwickelung einiger Hautkrankheiten von der Syphilis anzuregen. Diese Frage ist so zu sagen von selbst aus den an Kranken gemachten Beobachtungen entstanden. Die wenig zahlreichen und kurz gefassten weiter unten beigebrachten Krankengeschichten können natürlich nicht Anspruch auf eine allseitige Lösung der hier in Angriff genommenen Frage machen, regen aber zum Nachdenken über dieselbe an und zeichnen ziemlich präcise den Weg zur Lösung der Frage vor.

1) 34jähr. Patientin, in der Hauswirthschaft thätig, von kräftigem Körperbau und gutem Ernährungszustande, weist ein tuberculöses Syphilid der rechten Stirnhälfte auf. Es wurden subcutane Injectionen von Hydrargyrum formamidatum verordnet und im Ganzen 4 Gran Hg. injicirt. 5 Monate nach der Heilung entwickelten sich bei der Kranken heftige Kopfschmerzen und trat zu gleicher Zeit eine namentlich auf dem Rumpfe localisirte, reichliche und deutlich ausgesprochene *Urticaria* auf; entsprechend der unter Einfluss der eingeschlagenen Therapie (Kalium jodatum) beobachteten Abnahme der Kopfschmerzen schwand auch die Urticaria. Jedoch wurde die Kranke von Recidiven der Kopfschmerzen mit Schwindel heimgesucht und schwanden diese Symptome nur zeitweilig in Folge der Behandlung. Gleichzeitig mit den beiden ersten Recidiven trat auch die Urticaria wieder auf und schwand bei der antiluetischen Cur.

2) Ein 25jähr. Mann von mässigem Körperbau und Ernährungszustande. Disseminirtes tuberculöses Syphilid des Rumpfes und Gesichtes, Periostitis der Tibien. Trotz der sehr energischen und mannigfaltigen antisyphilitischen Behandlung erwies sich die Krankheit sehr hartnäckig und recidivirte beständig. Während zweier nicht unmittelbar auf einander folgender Recidive entwickelte sich auf dem Rumpfe eine ziemlich reichliche *Urticaria*, die während der Mercurialcur zugleich mit der Abnahme der Syphilissymptome schwand. Kopfschmerzen, Schwindel und anderweitige Störungen in der sensorischen und motorischen Sphäre kamen bei dem Kranken nicht zur Beobachtung.

Wir waren in der Lage eine ziemlich bedeutende Anzahl von Fällen von Lues in den verschiedenen Stadien ihrer Entwickelung bei gleichzeitig vorhandener *Psoriasis* zu beobachten, jedoch war es in der Mehrzahl der Fälle schwer die Zeit des Auftretens der Psoriasis und ihr Verhältniss zum Verlaufe der Syphilis einigermaassen genau zu bestimmen und führen wir daher hier nur 4 Fälle einer gleichzeitigen Entwickelung beider Krankheiten auf, wo es möglich war das gegenseitige Verhältniss derselben zu einander zu verfolgen und ziemlich erfolgreich zu erklären.

3) 26jähr. Kranke, in der Hauswirthschaft thätig, ist von ziemlich schwachem Körperbau und mässigem Ernährungszustande. Erythematöses Syphilid (erste Efflorescenz), welches nach einer Mercurialcur (Injectionen von Hydrargyr. formamidatum — 4 Gran) schwand. Pat. entzieht sich der Beobachtung. Während eines (nach Angabe der Kranken des ersten) Recidivs, das 3 Monate nach Beginn der Krankheit in Form von Syphilis papulosa der behaarten Kopfhaut und Angina papulosa auftrat, entwickelten sich auf den Knien grosse psoriatische Schuppen, mit allen ihnen eigenthümlichen und dabei äusserst ausgesprochenen Merkmalen. Durch eine Quecksilbercur (20 Einreibungen à ʒβ und 3 Injectionen von je 0,05 Hg. oxydatum flavum) wurden die Syphilissymptome zum Schwinden gebracht und verkleinerten sich die Psoriasisschuppen, welche die ganze Zeit local nicht behandelt worden waren, bedeutend.

4) 24jähr. Student von ziemlich gutem Körperbau und Ernährungszustande. Roseola syphilitica — erste Efflorescenz. Sublimatinjectionen (3 Gran). Schwund der Roseola. 7 Wochen nach dieser Cur bildeten sich bei dem Kranken gleichzeitig mit einem Recidiv — Roseola auf dem Rumpfe und eine leichte Angina — auf den inneren Flächen beider Gesässhälften vollständig symmetrisch gelegene charakteristische *Psoriasis*schuppen von etwa 3 Ctm. Durchmesser. Trotz der Cur (3 Injectionen von je 0,05 Hydrarg. oxydatum flavum), nach welcher die syphilitischen Erscheinungen vollständig schwanden, blieben die Schuppen unverändert. Nach 2½ Monaten kam Pat. wieder mit einer Angina papulosa; bei der localen und allgemeinen Behandlung derselben

(Sublimatinjectionen — 4 Gran) verkleinerten sich die Psoriasisschuppen, welche die ganze Zeit local nicht behandelt worden waren, bedeutend.

5) 22jähr. Besitzerin einer Nähanstalt. Knochenbau und Musculatur gut entwickelt, Ernährungszustand vollständig genügend. Erste Efflorescenz einer Syphilis roseolosa und papulosa. Injectionen von Hydrarg. formamidatum (5 Gran). Häufige Recidive. 7 Monate nach Beginn der Krankheit entwickelt sich bei der Kranken auf den Beugeflächen der Vorderarme, den Vorderflächen der Oberschenkel und auf dem Rumpfe eine deutliche *Psoriasis* punctata et annularis. Eine bedeutende Anzahl von Kratzerosionen. Die Ellenbogen und die Vorderfläche des rechten Knies sind fast vollständig mit confluirenden Schuppenauflagerungen bedeckt. An Stelle der früher äusserst zarten Hautfarbe finden wir eine ungleichmässige fleckige, erdig gelbliche Verfärbung. Die Ernährung hat gelitten. Pat. klagt über heftiges Hautjucken. Injectionen von Hydrarg. formamidatum. Rasche Besserung: der Ernährungszustand hebt sich, die Hautfarbe kehrt fast zur früheren Norm zurück, die Psoriasisschuppen schwinden rasch, namentlich auf dem Rumpfe; das Hautjucken verlor sich nach den ersten Injectionen; am hartnäckigsten erwiesen sich die Schuppenauflagerungen auf den Ellenbogen und dem Knie, wo sie erst gegen Ende der Cur nach Theereinreibungen schwanden.

6) 36jähr. Beamter von mässigem Körperbau und Ernährungszustande. Tuberculöses Syphilid in der Gegend der rechten Scapula und der Vorderfläche des linken Oberschenkels. Auf Brust, Gesäss und Vorderfläche der Unterschenkel einige alte *Psoriasis*schuppen von unregelmässiger Form und bis zur halben Handtellergrösse. Die Anamnese ergiebt, dass Pat. vor 6 Jahren syphilitisch inficirt ist und im Laufe der ersten $1^1/_2$ Jahre ca. 100 Quecksilbereinreibungen à ʒβ gemacht hat. Seitdem kein Recidiv und keinerlei Behandlung. Die gegenwärtig vorhandenen syphilitischen Erscheinungen bestehen seit etwa 4 Monaten. Die Psoriasis hat sich vor etwas mehr als einem Jahre entwickelt. Therapie: Sublimatinjectionen (5 Gran) und Kalium jodatum. Die Tuberkel wurden rasch resorbirt. Die Psoriasisschuppen atrophirten *bemerkbar*, schwanden jedoch vollständig erst nach ~~einer localen~~ Behandlung (Salbe mit Acid. pyrogallicum).

Auf die mögliche Abhängigkeit gewisser Fälle von Psoriasis von der Syphilis habe ich im Laufe der Discussion in der Sitzung der St. Petersburger Syphilidologischen Gesellschaft am 25. Febr. 1889 hingewiesen und hat dabei Prof. Tarnowski seiner eigenen Beobachtungen in seiner Klinik Erwähnung gethan, wo die Syphilis in der That allem Anscheine nach zuweilen den ersten Anstoss zur Entwickelung der Psoriasis gegeben.

Ferner will ich noch einen bei einem Syphilitiker beobachteten Fall von Entwickelung eines feinknötigen, an *Lichen ruber planus* erinnernden Ausschlages mittheilen.

7) 24jähr. Student von genügendem Körperbau und schlechtem Ernährungszustande. Syphilis roseolosa et papulosa — erste Efflorescenz. Sublimatinjectionen — im Ganzen 4 Gran. $^1/_2$ Jahr nach Beginn der Krankheit entwickelte sich bei dem Kranken während eines zweiten Recidivs (mit papulösem Syphilid der behaarten Kopfhaut und der Handteller) auf der Vorderfläche des linken Oberarmes ein Ausschlag in Form stecknadelkopfgrosser, hellrother, flacher Knötchen, welche grössten Theils mit einander zu grossen Platten von unregelmässiger Form confluirten. Die Mercurialcur (Sublimatinjectionen — 3 Gran), welche die syphilitischen Papeln zum Schwinden brachte, blieb ohne Einfluss auf den Lichen. Nur die wiederholte Anwendung von Quecksilber eines nach $2^1/_2$ Monaten erfolgten Recidivs wegen (Papeln auf dem Scrotum und circa anum) hatte eine ziemlich bedeutende Atrophie der beschriebenen Knötchen, welche ohne locale Behandlung geblieben waren, zur Folge[1]).

In den angeführten Fällen von Erkrankung der Haut stehen Urticaria, Psoriasis und Lichen in so engem Zusammenhange mit der Syphilis und sind in einer so offenbaren Abhängigkeit von derselben, sowohl was Entwickelung, als auch Verlauf und Therapie anbetrifft, dass es kaum möglich ist ihr Auftreten durch irgend eine andere Ursache zu erklären. Interessant ist es nur die Bedingungen des Einflusses der Syphilis auf die Entwickelung der Hauterkrankungen zu erklären und die Bahn zu bestimmen, auf welchen die Lues wirkt, wozu, wie wir glauben, die Möglichkeit gegeben ist. Wenn wir unsere Aufmerksamkeit auf die Aetiologie der obengenannten Krankheiten richten, so finden wir, dass die die Entwickelung der Urticaria begünstigenden Bedingungen in verschiedenartigen Reizungen sowohl des centralen wie des peripheren Nervensystems bestehen, wobei die Entwickelung dieser Krankheit entweder auf directem Wege oder reflectorisch zu Stande kommt. Auch die Entwickelung der Psoriasis und des Lichen ruber ist in Abhängigkeit von verschiedenen Störungen des Nervensystems, wie für erstere Krankheit die Untersuchungen von Prof. Polotebnow, für die zweite die von ihm, Prof. Pospelow, Köbner und anderen Autoren gemachten Beobachtungen gezeigt haben. Andererseits ist der nicht selten sowohl in den frühen, als auch späteren Perioden der Syphilis beobachtete schädliche Einfluss der letzteren auf das Nervensystem gegenwärtig nach einer ganzen Reihe von Arbeiten und Beobachtungen genügend erwiesen. Auf diese Weise erklärt sich der causale Zusammenhang zwischen der Syphilis und den genannten Erkrankungen der Haut von selbst. Gewisse Veränderungen im Nervensystem bewirkend, ruft die Syphilis eo ipso auch die von denselben abhängigen Hautkrankheiten hervor. Leider müssen wir uns bei dem gegenwärtigen Stande der Frage auf diesen allgemeinen Hinweis beschränken, da uns die zu einer präciseren Bestimmung und Charakterisirung dieses Einflusses nöthigen Beobachtungen zur Stunde noch fehlen. Wir können nur mit grosser Wahrscheinlichkeit annehmen, dass dieser Einfluss sich, was die Hauterkrankungen betrifft, hauptsächlich auf das sympathische Nervensystem concentrirt. Dieses ist anzunehmen auf Grund einerseits physiologischer Erwägungen, andererseits der anatomischen Befunde bei der mikroskopischen Untersuchung des Nervensystems bei denjenigen Hautkrankheiten, deren Entwickelungsursachen denjenigen der hier erwähnten Hautkrankheiten analog sind — bei Pemphigus, Ichthyosis und Prurigo. Die in Bezug auf die beiden ersteren Krankheiten von mir, auf die letztere von Dr. Selenew vorgenommenen Untersuchungen ergaben, dass die hauptsächlichsten Veränderungen sich gerade im sympathischen Nervensysteme vorfinden.

Die hier in Kürze mitgetheilten Beobachtungen können natürlich nur einen allgemeinen Hinweis auf die Bedeutung der Syphilis in der Aetiologie der Hautkrankheiten geben; um diese Bedeutung ausführlich darzuthun und die Bedingungen des Einflusses der Syphilis vollkommen zu bestimmen, dazu sind zahlreiche und sehr verschiedenartige Beobachtungen nöthig. Unserer Meinung nach beschränkt sich die oben angedeutete Rolle der Syphilis als aetiologisches Moment nicht nur auf die aufgezählten Krankheiten, sondern breitet sich auch auf andere Hautkrankheiten aus, bei deren Entstehung das Nervensystem mit Theil nimmt. Es ist hier noch zu bemerken, dass die sich im Verlaufe der Syphilis entwickelnden Veränderungen des Pigmentes, welchen in der letzten Zeit eine grosse Aufmerksamkeit geschenkt worden ist, dem oben Gesagten entsprechen. Gegenwärtig ist der bedeutende Einfluss des Nervensystems auf die Veränderungen des Hautpigmentes genügend bekannt und unserer Meinung nach ist die Entwickelung der sog. Syphilis pigmentosa mit grosser Wahrscheinlichkeit von demselben Einflusse abhängig. Auf analoge Weise ist unser Fall 5 zu erklären, wo eine so auffallende Veränderung der Hautfärbung in Abhängigkeit von Verlauf und Therapie der Syphilis stattfand.

Referate.

Wildermuth: Amylenhydrat gegen Epilepsie. (Neurol. Centralblatt 1889, № 15).

Verf. versuchte das Mittel bei 63 Kranken (30 M., 33 W.) in Einzelngaben von 2,0—4,0, in Tagesdosen von 5,0—8,0 mit günstigem Erfolge. Die Darreichungsform war wässrige 10% Lösung, von welcher 20,0—40,0 pro die in verdünntem Wein oder Obstmost gegeben wurden; subcutan wirkte dasselbe sehr gut bei gehäuften Anfällen, wenn 2 Spritzen (jede derselben enthielt 0,8 Amylenhydrat) rasch hintereinander eingespritzt wurden. Ueble

[1]) In der russischen Literatur besitzen wir in Prof. A. J. Pospelow's Arbeit (Lichen ruber planus der Haut und der Mundschleimhaut, Med. Obosr. 1886) die Beschreibung eines von ihm beobachteten äusserst exquisiten Falles von Lichen rub. planus, der sich bei einer Luetischen entwickelt hatte und einer Arsenikcur wich.



Nachwirkungen treten nur bei längerer Anwendung per os ein, namentlich eine ganz unberechenbare Schlafsucht, welche durch Angewöhnung übrigens rasch verschwand; tritt diese nicht ein, so wird das Mittel mit Cocaïn (0,02—0,05 pro dosi, 0,08—0,2 pro die) combinirt. Oft lässt aber die antiepileptische Wirkung schon nach 6—8 Wochen nach, so dass das Mittel ausgesetzt werden muss. Verf. hält das Amylenhydrat für angezeigt 1) bei gehäuften Anfällen, 2) bei starkem Bromismus und 3) bei Enuresis nocturna, etwa abwechselnd mit Brom, in frischen Fällen mit Atropin zusammen. Hinze.

Loewenberg: Etudes thérapeutiques et bactériologiques sur le furoncle de l'oreille. (Sep.-Abdr. der Union méd. 1888.).

W. Anton und Sigismund Szenes: Einige Bemerkungen zur Behandlung der umschriebenen Entzündung des äusseren Gehörganges. (Otitis externa circumscripta. Furunculus.) (Sep.-Abd. a. d. Prag. Med. Wochenschrift. 89. № 33).

L. giebt eine vollständige Monographie dieser Krankheit, betont ihre mycotische Natur und empfiehlt als bestes Mittel, weil antimycotisch, Einträufelungen von alcoholischer Borsäurelösung (Acid. boric. 20,0 : 100,0).

Anton und Szenes befassen sich nur mit der Therapie der Krankheit, geben einen geschichtlichen Ueberblick über dieselbe und besprechen ihre eigenen therapeutischen Versuche mit Menthol ausführlicher. 12 Krankengeschichten. Das Resultat ist, dass das Mittel nicht wesentlich anders, geschweige denn besser, als die bekannten Mittel vordem, wirke. Nach ihren Erfahrungen bleibe die Behandlung mit feuchtwarmen Umschlägen (schon von Billroth empfohlen), die durch Zaufal etwas modificirt ist, in dem er statt Wassers die Burow'sche Lösung (Plumb. acet. 5,0, Alumin. acetic. 1,0, Aquae 100,0) verwendet, zu Recht bestehen.

(Meine Erfahrungen sprechen auch zu Gunsten der letzten Behandlungsweise. Die das Ohr ganz verpackenden Umschläge [Watte in heisse Lösung getaucht, dann ausgedrückt und so heiss, als es vertragen wird, aufs und um das Ohr gebracht, Morgens und Abends gewechselt] haben in den Fällen, wo die Otitis ext. sogar diffus war, schnell Linderung der Schmerzen herbeigeführt. Der Furunkel natürlich hob sich bald deutlich ab, wurde incidirt oder entleerte sich auch spontan (bei messerscheuen Pat.). Aber auch Resorption habe ich nicht selten beobachtet. In den Gehörgang habe ich derartige Wattebäusche nicht eingeführt. Die Wirkung schien mir zu unbedeutend, die Procedur zu schmerzhaft. Statt dessen führe ich ein anderes Antimycoticum, das Ungt. praecip. rubr. ein (Hydr. praec. rubr. gr.jj — V : Vasel. flav. ℥jj mit und ohne Morphiumzugabe), welches als Salbe auf dem Tampon schmerzlos in den Gehörgang eingeführt werden kann. Meist beschränke ich mich auf das Unguent. allein, wenn die Erscheinungen nicht drohend sind oder nur ein einzelner Furunkel vorhanden ist. Aber von Wichtigkeit ist es, die Behandlung ganz bis zum Ende durchzuführen, bis längere Zeit nach dem Schwund der Schmerzen und der Infiltration, denn nirgends kommt eine Weiteransteckung so häufig zur Beobachtung wie hier. Ref.). J. F. Neumann.

E. Kraepelin: Zur Myxödemfrage. (Neurol. Centralbl. № 3).

Die vorliegende Mittheilung liefert einen beachtungswerthen Beitrag zur Vertiefung unserer Kenntnisse über die Symptomatologie dieser interessanten Erkrankung. Die Beobachtung betrifft eine 50-jährige nervös nicht belastete, früher gesunde estnische Bauersfrau, die Ende 1888 erkrankt sich vom 3. bis 22. October 1889 in der Dorpater psychiatrischen Klinik befand. Bei der Aufnahme waren die myxödematösen Veränderungen der Haut in typischer Weise vorhanden. (Die beigegebene Abbildung entspricht leider nicht der vorzüglich gelungenen Photographie der Pat., welche in Dorpat angefertigt wurde). Schilddrüse fühlbar, nicht genau zu begrenzen. Die Pat. wurde durch eine Psychose in die Klinik geführt, in deren Vordergrunde das an- und abschwellende Symptom der Angst stand. Krankheitsgefühl vorhanden. Keine greifbaren Störungen des Gedächtnisses. Klagen über allerlei Paraesthesien in der Haut und Herzgrube, grosse Empfindlichkeit gegen Kälte, zuweilen starke allgemeine Schweisse. Zunge und Finger zeigen leichten vibrirenden Tremor, dessen Verschiedenheit von dem alkoholischen Zittern zwei beigegebene Zittercurven illustriren. Eine genaue Blutuntersuchung ergab als auffallendes Resultat Grössenzunahme der rothen Blutkörperchen. Sehr bemerkenswerth ist der Nachweis einer *ausgeprägten mechanischen Erregbarkeit des Facialis:* beim Beklopfen der mittleren Facialisäste über dem Masseter trat regelmässig eine blitzartige Zuckung im Orbicularis oris auf. Andere bei Tetanie gewöhnliche Symptome fehlten (Krämpfe, gesteigerte electr. Erregbarkeit der Nerven, Trousseau'sches Phänomen), indessen erscheint durch obiges Symptom die Verwandtschaft des Myxödems mit der Cachexia strumipriva auf's neue befestigt. Den Mangel einzelner Symptome in seinem Fall (keine Veränderung der Stimme, keine troph. Störungen der Haare und Zähne), wie das ungewöhnliche Verhalten der Psyche (Angstpsychose an Stelle der gewöhnlichen Apathie und Gedächtnissschwäche) erklärt sich K. durch die kurze Dauer der Erkrankung, welche ihre Höhe nicht erreicht hatte. Mercklin.

Paul Guttmann: Zur quantitativen Zuckerbestimmung im Harn mittelst Gährung. (D. med. W. № 1).

Eine Prüfung des Einhorn'schen Verfahrens hat ergeben, dass dasselbe bei Werthen unter 1% nicht unerheblich von dem wahren Werthe abweichende Zahlen giebt. Dagegen erhält man nach der Roberts'chen Methode sehr sichere Resultate und auf sehr einfachem Wege. Von vielen Seiten ist dieses Verfahren nachgeprüft worden und die Resultate stimmten durchaus mit den Roberts'schen Angaben überein. Worm-Müller hat berechnet, dass jedem Procent Zucker, welches in einer Lösung vergährt, ein Sinken des specifischen Gewichts um 0,0043 entspricht. Danach ist die Gährungsprobe sehr einfach für jeden praktischen Arzt anzustellen, wenn er nur ein gutes Araeometer hat. Dem zuckerhaltigen Harn, welcher sich in einem Gefässe von 100—120 Ccm. Gehalt befindet, werden 5—6 Gramm Presshefe zugesetzt, geschüttelt und 24—48 Stunden bedeckt stehen gelassen. Betrug nun das specifische Gewicht vor der Gährung 1034, nach der Gährung 1021—22, so ist die Differenz 12,5. Da nach Worm-Müller ein Gewichtsverlust von 4,3 einem Zuckergehalte von 1% entspricht, so enthält folglich dieser Harn $\frac{12,5}{4,3}$ = 2,9% Zucker. Max Schmidt.

Goldmann: Ein Beitrag zur Herstellung der Hebrasalbe. (Therap. Monatsh. № 1).

Verf. schlägt vor, anstatt des, in den Bestand der Hebraseife gehörenden Olivenöls, durch welches die Salbe leicht ranzig wird und verdirbt, das schwer oxydirbare Lanolin zu setzen und giebt folgende recht praktische Vorschrift:

a) 100 Th. Plumb. acetic. werden gelöst in 500 Th. Aqu. destillatae fervidae; der warmen und filtrirten Lösung wird eine Solution 150 Th. Sapo venetus in 750 Th. Wasser zugesetzt. Durch Malaxiren unter warmem destillirtem Wasser wird die überflüssige Bleilösung, durch starken Pressendruck das restirende Wasser entfernt. 52 Theile davon werden auf dem Wasserbade mit 8 Theilen Paraffin. liquidum in einer Porzellanschale geschmolzen und bis zum Erkalten gemischt. S. *Bleioleat.*

b) 60 Th. Bleioleat mischt man mit 40 Th. Lanolin purissim. (Jaffé und Darmstädter).

Diese gelbweisse Salbe ist ca. 4 Monate lang haltbar, aber auch um etwa die Hälfte des Preises theuerer als das officinelle Ung. diachylon, was aber durch den grösseren Heilwerth derselben aufgewogen wird.

Hinsichtlich der pharmaceutischen Beobachtungen verweisen wir auf das Original. Hinze.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

M. J. Oertel (München): Ueber Massage des Herzens. München 1889.

Verf. erörtert seine Versuche betreffs des Einflusses der Zusammenpressung des Brustkorbes und dadurch bedingter tiefer, entweder einfacher oder saccadirter Exspiration auf den Puls und die Herzthätigkeit. Der Erfolg entspricht den bei den Terraincuren erhaltenen Resultaten. Es bot sich eine aussergewöhnlich günstige Gelegenheit in dem klinischen Institute von v. Ziemssen und v. Maximovic an einem Pat., dem früher die 2.—5. Rippe partiell resecirt worden waren, zu untersuchen, wie das Herz selbst sich bei dieser Behandlung durch Pressen des Brustkorbes und dadurch forcirte Exspiration verhält. Es erwies sich, dass das Resultat mit demjenigen bei der Art. radialis erhaltenen übereinstimmt.

Nach dem Ergebniss der Untersuchungen ist man im Stande, in beliebiger Weise periodisch verschieden rasch aufeinanderfolgend verschieden starken Druck auf das Herz auszuüben. Dieser kann sich sogar bis auf 200 Mm. Hg. (die Grösse des Druckes unter dem das Blut in der Aorta steht) steigern. Dieser wechselnde Druck auf die Herzoberfläche ist einer Massage des Herzmuskels gleichzustellen. Als *Indication* für die Verwendung der Behandlungsmethode giebt Verf. an: 1) alle Schwächezustände des Herzmuskels; 2) ungenügende Füllung des arteriellen Systems und Stauung im venösen Apparat; 3) erhöhte Aufgabe des Herzens in Folge von Herzfehlern etc.

Contraindicationen: 1) frische oder wiederholt recidivirende endo- und pericarditische Processe; 2) acut und subacut verlaufende Myocarditis in Folge von Sclerose der Coronararterien; 3) allgemeine Atheromatose.

Das Nähere ist in dem Original, dem Curventafeln beigegeben sind, nachzusehen. Grimm.

Anton Bum: Der gegenwärtige wissenschaftliche Standpunct der Mechanotherapie. Wien 1888.

Verf. stellt bezüglich der Wirkung der Mechanotherapie (Massage) auf den Organismus, abgesehen von dem mechanischen und



thermischen Einflusse auf die Haut, folgende Sätze auf: 1) Der Lymphstrom wird beschleunigt. 2) Die Muskelmassage wirkt gleich vollständiger Muskelperfusion und passiver Muskelgymnastik. 3) Es werden durch Massage Adhäsionen gelöst, verkürztes Muskel- und Bindegewebe gedehnt, schlaffe Ligamente verkürzt, organisirte Exsudate, Granulationen und Wucherungen zerdrückt, ihre Gefässe zerstört. 4) Nervendruck wirkt als Nervenreiz. 5) Die Function des Verdauungstractus wird unterstützt und erhöht. Die Richtigkeit der von ihm aufgestellten Sätze bemüht sich Verf. zu beweisen, indem er die letztern einzeln einer genauen Besprechung unterzieht. Nach Verf. ist die Mechanotherapie contraindicirt in allen Krankheitsprocessen, deren Producte, in den allgemeinen Kreislauf gebracht, den Organismus schädigen würden oder könnten, wie z. B. Suppuration oder septische Localerkrankungen, acute Pelveoperitonitis oder Metritis, tuberculöse, luetische oder gonorrhoische Localerkrankungen etc. Um einen Erfolg der Massage zu erzielen, müssen nach Verf.: 1) der Krankheitsherd, das erkrankte Organ der Hand zugänglich sein; 2) die Haut des zu massirenden Körpertheiles intact sein; 3) die centripetal führenden Resorptionswege frei sein. Fieber, bei Abwesenheit von septischen oder purulenten Stoffen, spricht nicht gegen die Anwendung der Massage. Grimm.

Sir Henry Thomson; Die Krankheiten der Harnwege. Nach der 8. Auflage d. Orig. übersetzt und mit Rücksicht auf die deutsche Literatur bearbeitet von Dr. Leopold Casper. München 1889. J. A. Finsterlin.

In gedrängter Form (396 Seiten), aber klar und ausführlich bringt uns dieses werthvolle Lehrbuch die Früchte der 35-jährigen beispiellos reichen Erfahrung des hochberühmten Verf.'s; der Uebersetzer hat in seinen kurz und klar gefassten Zusätzen die Aufgabe gelöst, die manchmal grellpersönlichen Ansichten des Verf.'s durch Berücksichtigung der deutschen und französischen Literatur zu ergänzen. Diese 8., und nach Th.'s eigenen Worten wohl letzte Auflage ist im Vergleich mit der von Dupius vor 10 Jahren in's Deutsche übersetzten wesentlich verändert und erweitert. „Die Operation der Sectio alta für Steine und Blasentumoren, die Resultate der Digital-Exploration der Blase, die operativen Hilfsmittel bei Prostatikern, bei denen der nothwendige Catheterismus auf unüberwindliche Schwierigkeiten stösst, ein Resumé über die Gesammterfahrungen der Steinoperationen bilden die Hauptbereicherung des Buches". Der Uebersetzer hat sich durch Besprechung der deutschen Ansichten hinsichtlich der Schnittoperationen bei Stricturen, der Blasennaht beim hohen Blasenschnitt (welche Th. vollkommen verwirft), der Cystoskopie, der Behandlung der harnsauren Diathese und der Antiseptik bei Krankheiten des uropoetischen Systems verdient gemacht.

Das Buch enthält eine Fülle von praktischem Wissen, welche ihm, nicht nur bei Specialisten sondern in den weitesten ärztlichen Kreisen, Eingang und Beifall zu sichern im Stande ist. 121 schöne Holzschnitte sind in den Text eingefügt; ein ausführliches Sach- und Namenregister bildet den Schluss. Selenkow.

Louis Weigert: Ueber Heissluftbehandlung der Lungentuberculose. Berlin 1889. Fischer's medic. Buchhandlung. gr. 8°. 82 S.

Bald werden es zwei Jahre her sein, dass von Weigert die Behandlung der Lungentuberculose mittelst Einathmung hochgradig erhitzter Luft anempfohlen wurde; die Bacillen sollten durch discontinuirliche Sterilisation getödtet werden, indem täglich ein oder mehrere Male die Lungenluft und somit auch die Lungen selbst auf eine dem Wachsthum der Bacillen ungünstige Temperatur gebracht würden. Den Beweis dafür, dass die Lungenluft in der That hochgradig erhitzt wird, sieht Weigert darin, dass die Exspirationsluft, welche das à double courant eingerichtete Mundstück durchströmt, eine Temperatur von 45° C. aufweist. Allem zuvor müssen wir sagen, dass dieser Schluss ein hinfälliger ist, denn es handelt sich da blos zum Theil um Lungenluft, zum nicht unwesentlichen Theile um Luft, welche, aus dem Apparat in die Mundhöhle tretend, noch nicht ihre ursprüngliche Wärme hatte abgeben können. Der Vorgang ist doch nicht der, dass das ganze aspirirte Luftquantum direct in die Lungen gesogen wird, dort sich bis in die feinsten Verzweigungen vertheilt, und dann wieder direct aus den Lungen in das Exspirationsrohr strömt, sondern die Physiologie lehrt, dass mit jedem Athemzuge etwa $^1/_6$ der gesammten Luftmenge erneuert wird, und dass es sich um einen Diffusionsvorgang, eine Mischung, handelt. Nun, die Mischung in der Mundhöhle von erhitzter und aus den Lungen zurückkehrender Luft ergiebt also 45° C., mehr kann diese Beobachtung nicht beweisen. Das Experiment, welches die wirkliche Temperatur der Lungenluft ermittelt, hat Weigert nicht angestellt, er sagt, man habe ihm in Paris angeboten, solche Versuche zu machen, doch habe er verzichtet, „die Versuche an Thieren dürften sich nur in sehr beschränktem Maasse für die menschliche Physiologie verwerthen lassen". Warum Thierlungen sich anders verhalten sollen, als menschliche Lungen, das sagt er uns nicht. Ebenso wenig sagt er, dass solche Versuche mit negativem Resultat von anderer Seite angestellt sind, vor langen Jahren schon von Heidenhain und Cohnheim, im vorigen Sommer in der Turiner Klinik von Mosso und Rondelli. Letztere Versuche direct mit dem Weigert'schen Apparat. Das Resultat dieser mit grösster Exactheit angestellten Experimente ist, dass die Luft in der Luftröhre nicht erhitzt wird, sondern gegen die Rectum-Temperatur um $^1/_2$° zurückbleibt, dass die Exspirationsluft gleiche Temp. zeigt, einerlei ob man Luft von 18° oder 180° tief einathmet, dass endlich weniger Wasser verdunstet wird, wenn man heisse Luft athmet, als bei gewöhnlicher Athmung. Das ist erklärlich, weil die absoluten zugeführten Luftmengen bei Heissluftathmung geringer sind. Ferner will Weigert im Verlaufe seiner Behandlung constant die Tub. Bacillen morphologisch haben degeneriren sehen, sie nehmen entweder eine spindelförmige oder fast spermatozoenförmige Gestalt an. Das Experiment, welches durch eine Reihe von Impfungen erweisen könnte, ob diese Bacillen eine Devirulenz erfahren haben oder nicht, hat der Autor aber nicht angestellt, erstens weil ihm versichert worden ist, dass eine „berufene Hand" sich eben mit diesen Prüfungen beschäftigt, zweitens weil, — ja, weil er gedacht hat, keine sicheren Resultate zu erhalten. Wie er sagt, hat er ursprünglich diese Experimente in Angriff genommen, hat sie aber wieder aufgegeben.

Somit beschränkt sich der Inhalt der Schrift auf unbewiesene Behauptungen, — welche zum Theil bereits durch exacte Experimente widerlegt sind, — und auf theoretische Speculationen, welche diesen Behauptungen entsprossen sind. Dann aber werden auch zwei Krankengeschichten mitgetheilt — „die ersten besten, nicht ausgesuchten" — betreffend zwei relativ Genesene. Diese „nicht ausgesuchten" Fälle betreffen ausgebreitete schwere Phthisen mit Cavernen und weiten Infiltrationen, welche in fünf Monaten verheilt sind.

Als wissenschaftliche Aeusserung ist die vorliegende Schrift gänzlich werthlos; wie weit die mitgetheilten Krankengeschichten exact und zweifellos sind vermögen wir natürlich nicht zu beurtheilen. Nur eines dürfen wir behaupten: Wenn Weigert von 61 schweren Phthisen 43 in der Weise heilt, wie die beiden „nicht ausgesuchten" Krankengeschichten erzählen, dann hat er die Pflicht, alle 43 zu veröffentlichen, und zwar thäte er im Interesse der Sache gut daran, zöge er bei seinen Fällen noch einen oder mehrere unparteiische Beobachter hinzu, denn auf absolut nüchterne und exacte Beobachtung und Beurtheilung kommt es doch an, und obgleich der Apparat anderweitig doch vielfach probirt ist, so sind ähnlich günstige Erfolge von keiner Seite berichtet worden, wohl aber haben wir von Misserfolgen gelesen.

Max Schmidt.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Für die Behandlung des *acuten Eczems* empfiehlt Dr. Mackintosh: 1) Nicht mit Wasser waschen (weder mit noch ohne Seife). 2) Stuhl offen halten durch Rheum, Magnes. sulf., Cascara Sagrada.

3) Rp. Bism. subnitr. ʒβ
Zinc. oxyd. ʒj
Acid. carbol. liqu. ʒβ
Vaselini albi ℥jj
MDS. aufzutragen.

Rp. Bism. subnitr. ʒjj
Zinc. oxyd. ʒβ
Glycerini pur. ʒjβ
Acid. carbol. liqu. gtt. XX
Vaselini albi ʒVj
MDS. Crême bei reizbarer Haut.

Rp. Bism. subnitr. ʒj
Ac. carbol. liqu. gtt. XII
Glycerini pur. ʒβ
Aq. rosar. ℥j
MDS. Umgeschüttelt mit Kameelhaarbürste zu appliciren (b. starkem Jucken).

Rp. Cimolite (Thonerde—Ref.)
Bism. subnitr.
Zinci oxyd.
āā part. aeq.
MDS. Streupulver.

In mehr chron. Fällen: Rp. Ungti Zinci
— plumbi acet.
— hydrarg. nitrici
(oder praecip. albi)
zu gleichen Theilen.
(The provinc. Med. Journ. 1889, July).

— Smith: *Saccharin, als Mittel den Harn sauer zu machen.* Nach S. ist es recht schwierig, einen alkalischen Harn durch Medicamente (aber Borsäure? Ref.) sauer zu machen und hat er deshalb, als bei seinen ersten Versuchen mit Saccharin er sich von der Eigenschaft dieses Mittels, den Harn sauer zu machen, überzeugt hatte, dasselbe bei einem Falle von Myelitis transversa mit alkalischem Harne mit sehr gutem Erfolge angewandt, indem nach Darreichung einiger weniger Gaben Saccharins nicht nur der Harn sauer, sondern auch die Blasenreizung und Eiterbildung geringer wurde. Er hat später mit demselben guten Resultate das Mittel bei je einer acuten Meningitis und einer acuten Cystitis gebraucht. Dosis für Erwachsene 5 Gran 3 Mal täglich.
(New-York. Med. Record 1889, Nov. 16.)

— Gegen *Enuresis nocturna* empfehlen Perret und Devic das Antipyrin (2—3 Gramm pro die (!) bei 11—12-jähr. Knaben 10—14 Tage lang ohne schlechte Folgen) als sehr effectvoll. Die Affection wird als Spasmus detrusoris vesicae aufgefasst.
(La France medicale 1889, № 77).

Der Modus der ärztlichen Stellenbesetzung in den städtischen Hospitälern St. Petersburgs.

Nachdem 1884 die städtischen Hospitäler aus dem Ressort des Curatoren-Rathes in den Besitz der Stadt übergegangen waren, trat sehr bald die Frage in den Vordergrund, in welcher Weise die freiwerdenden höheren ärztlichen Stellen zu besetzen seien. Man entschied sich in der Hospital-Commission für den Modus der Concursausschreibung. Vielen Lesern wird es noch in lebhafter Erinnerung sein, in welcher Weise die Concursausschreibung gehandhabt wurde, als es galt die Stellen eines älteren Chirurgen im Alexanderhospital und des Oberarztes der weiblichen Abtheilung am Obuchowhospital zu besetzen. Die nächst freie Stelle eines Oberarztgehilfen erhielt per Concurs Dr Tschish. Beim folgenden Concurs auf die Prosectorstelle am Obuchowhospital meldete sich bereits Niemand und wurde Dr. Winogradow ohne Concurs von der Hospital-Commission eingesetzt, desgleichen Dr. Wassiljew als älterer Ordinator am Barackenhospital, zu welcher Stellung bereits kein Concurs mehr ausgeschrieben wurde. Es schien also mit diesem System gebrochen zu sein. Doch die Folge lehrte Anderes. Es wurde 1888 die Stellung eines älteren Ordinators und Docenten für Dermatologie an der Suworow-Hebammenschule am Kalinkinhospital frei und die Hospital-Commission schrieb wieder einen Concurs aus. Wie seinerzeit in unserer Wochenschrift berichtet worden, meldeten sich 3 Aerzte, 2 derselben wurden als nicht genügend literärisch-dermatologisch thätig, garnicht zum Concurs zugelassen, der 3. fiel bei der Probevorlesung durch. Darauf wurde im Frühling 1889 zum Herbst ein 2. Concurs ausgeschrieben und auf den Rath des Oberarztes des Kalinkinhospitales reisten 2 Ordinatore des Letzteren in's Ausland, um sich zu vervollkommnen und im Herbst als Concurs-Candidaten aufzutreten. Der Herbst verging, der Winter kam, den Candidaten wurde jedoch keine Antwort, bis Ende 1889 plötzlich ein junger Arzt, Dr. Pawlow, der Sohn des früheren Curators des Barackenhospitals, im Kalinkinhospital erschien und sich als von der Hospital-Commission gewählter älterer Ordinator und Docent für die Hebammenschule vorstellte. Seine Probevorlesung soll er vor der Hospital-Commission gehalten haben (deren eine Hälfte aus Laien besteht). Dr. Pawlow hat erst vor 3 Jahren die militär-medicinische Academie beendet, war kurze Zeit Arzt am Barackenhospital, dann für einige Monate zu Dr. Unna nach Hamburg gegangen, wo er unter dessen Leitung 2 kleine Arbeiten gemacht hatte. Nichtsdestoweniger erhielt er sogleich die Stelle mit 1800 Rbl. Gehalt und wurde noch dazu, entgegen dem bisher gültigen Gesetz, von der Dujour befreit, welche die übrigen Ordinatore zu leisten haben.

Die neuesten Stellenbesetzungen haben ohne jegliche Concursausschreibung stattgefunden und wurden einfach von der Hospital-Commission gewählt: Dr. Wassiljew zum Oberarzt des Alexanderhospitals, Dr. Ssyrotinin zum Oberarzt des Marien-Magdalenenhospitals und Dr. S. Botkin jun. zum älteren Ordinator des Barackenhospitales. Somit scheint man definitiv vom Concurs-System abgegangen zu sein.

Um endlich Klarheit in die Stellung der Hospitalärzte zu bringen, wäre es dringend nöthig, bald ein neues Statut zu erhalten, da das alte Gesetz nicht mehr in Anwendung gebracht wird. Wie wir hören, soll das Project der Hospital-Commission höheren Ortes verworfen sein und wird im Medicinal-Departement ein für alle Städte gültiges Statut ausgearbeitet.

Vermischtes.

— Unser Landsmann, Dr. med. Jakob v. Samson-Himmelstjerna (aus Estland), der in den Jahren 1879—1884 in Dorpat studirte und dort die Doctorwürde erlangte, hierauf einige Jahre als praktischer Arzt in Berlin wirkte und zur Zeit als Assistent Prof. v. Bergmann's an der chirurgischen Universitätsklinik ebendaselbst fungirt, ist, wie die „Ztg. f. Stadt und Land" erfährt, vom Fürsten von Pless, Oberjägermeister Kaiser *Wilhelms*, zum Leibarzt ernannt worden. Dr. v. Samson tritt sein neues Amt, mit welchem die Leitung eines Hospitals von 50 Betten verbunden ist, am 1. Juli d. J. an.

— Wie schon früher Prof. Erismann (Moskau), so hat jetzt auch Prof. K. P. Kowalkowski (Warschau) seine *Candidatur auf den vacanten Lehrstuhl der Hygiene an der militär-medicinischen Academie zurückgezogen.*

— *Befördert: Zu Geheimräthen* — der Corpsarzt des 5. Armeecorps Dr. Pilzizki; der Corpsarzt des 12. Armeecorps Dr. Ssobolew; der Oberarzt der 3. Alexander-Militärschule, Dr. Nikitnikow — alle drei unter gleichzeitiger Verabschiedung (mit Uniform), auf eigenes Ersuchen. *Für Auszeichnung im Dienst zum Geheimrath*: der Militär-Medicinalinspector des Omskischen Militärbezirks, Dr. Lewonewski. *Zum Wirklichen Staatsrath:* das Ehrenmitglied des Verpflegungshauses für arme Kinder in St. Petersburg und Arzt an der Mädchen-Handfertigkeitsschule der Kaiserin *Maria Alexandrowna*, Dr. Kaufmann.

— *Verstorben:* 1) In St. Petersburg am 3. März der hiesige Arzt Wirkl. Staatsrath Simon Girenko. 2) Der ältere Arzt des Krementschugschen Infanterie-Reg. J. Lowitsch. 3—5) Die jüngeren Militärärzte Rudinski, Fedorenko und Boguzki. 6) In Graefenberg der Nestor der Hydrotherapeuten Joseph Schindler, welcher seit 1851 als Nachfolger von Priessnitz die dortige Wasserheilanstalt geleitet hat.

— Dr. Van-Puteren hat sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie als *Privatdocent für Kinderkrankheiten* an der genannten Academie *habilitirt.*

— Zum Nachfolger Prof. Volkmann's auf dem Lehrstuhl der Chirurgie an der Universität Halle ist, wie die „Allg. med. Central-Ztg." aus zuverlässiger Quelle erfährt, nicht Prof. Mikulicz (Königsberg), sondern Prof. Bramann (Berlin) gewählt worden. Derselbe soll bereits am 1. April d. J. sein neues Amt als ord. Professor der Chirurgie und Director der chirurgischen Klinik in Halle antreten.

— Dem Director des deutschen Reichsgesundheitsamtes, Geh. Rath Köhler, der bekanntlich nicht Mediciner ist, hat die Universität Giessen das Ehrendiplom eines *Doctor medicinae honoris causa* verliehen.

— Zum Professor der Psychiatrie an der Berliner Universität ist an Stelle des verstorbenen Prof. Westphal der Director der Münchener Kreis-Irrenanstalt, Prof. Dr. Grashey, berufen worden und wird derselbe dem Rufe Folge leisten.

— In *Dorpat* wird in nächster Zeit eine *Wochenschrift für Veterinär-Medicin* unter dem Titel *«der Veterinärarzt»* herausgegeben werden. Die Zeitschrift wird von dem Director des Dorpater Veterinär-Instituts, Prof. Raupach und dem Docenten Tkatschenko redigirt werden.

— Die Direction der von dem verstorbenen Dr. Brehmer im Jahre 1854 gegründeten *Heilanstalt für Lungenkranke in Goerbersdorf* hat Dr. Felix Wolff (Hamburg) übernommen.

— Aus dem Bülletin der türkischen Sanitätsverwaltung vom 25. Februar c., welches von Dr. Jul. Hübner dem „Wratsch" zugesandt worden, ist unter Anderem zu ersehen, dass die officiellen Telegramme (d. d. 20. Februar) aus Teheran, Bagdad, Bassora, Hamodan, Kermânschah und anderen Orten das *vollständige Erlöschen der Cholera in Persien* bestätigen.

— In *Calcutta* sind in der Zeit vom 4.—25. Januar *120 Todesfälle an der Cholera* amtlich gemeldet worden.

— Während des bevorstehenden internationalen Congresses in Berlin wird auch ein *internationaler Delegirtentag der Vereine für Feuerbestattung* abgehalten werden, auf welchem namentlich die Frage zur Erörterung gelangen soll, welche Mittel zu ergreifen wären, um die facultative Leichenverbrennung in verschiedenen Ländern durchzuführen.

— Als Nachfolger Prof. E. Brücke's in Wien, welcher zu Ende dieses Semesters wegen vorgerückten Alters in den Ruhestand tritt, ist dessen langjähriger Assistent, Prof. extraord. Dr. Exner, in Aussicht genommen.

— Dr. Erwin v. Esmarch, ein Sohn des berühmten Kieler Chirurgen, hat sich an der Universität Berlin als Privatdocent für Hygiene habilitirt. Derselbe bekleidet seit einiger Zeit das Amt eines Custos des Hygiene-Museums in Berlin und hat sich bereits durch verschiedene bacteriologische Arbeiten einen wissenschaftlichen Ruf erworben.

— Der Geh. Sanitätsrath Dr. Hofmann (früher Director der Irrenanstalt in Frankfurt a/M.), der in weiten Kreisen als Verfasser des „Struwelpeter" bekannt ist, feierte vor Kurzem mit seiner Gattin in voller Rüstigkeit das *Fest der goldenen Hochzeit.* (A. m. C.-Ztg.)

— Dr. J. J. Obolenski, welcher mehrere Jahre Stadtarzt in Elatma (Gouv. Tambow) war, ist Mönch geworden und vor 2 Wochen in das hiesige Kloster eingetreten.

— Von der hiesigen Gesellschaft russischer Aerzte ist ein Concurs zur Bewerbung um die auf den Namen des verstorbenen Professors der Pathologie M. M. Rudnew gestiftete *Prämie* ausgeschrieben. Der Preis besteht aus einer silbernen Medaille und 200 Rubeln. Zum Concurse werden vorzugsweise wissenschaftliche Arbeiten über die pathologische Histologie des Blutes, aber auch andere Abhandlungen aus dem Gebiet der pathologischen Anatomie und Histologie zugelassen. Der Endtermin für die Einreichung der betreff. Arbeiten ist der 1. Mai 1891.

— Die Frage bezüglich der *Zulassung weiblicher Studirenden an der Universität Basel*, welche bekanntlich bisher für Frauen unzugänglich war, ist neuerdings in der Weise entschieden worden, dass in Basel nur Damen schweizerischer Nationalität oder solche, welche in der Schweiz ihre Vorkenntnisse erworben haben, zum Studium zugelassen werden. (A. m. C.-Ztg.)

— Einem Londoner Hospital sind von einem Unbekannten 50 Pfd. Sterling zugesandt worden „als Zeichen der Dankbarkeit für eine Operation, welche an dem Vater des Spenders vor 50 Jahren dort ausgeführt worden ist".

— Der französische Minister des Aeussern hat bei der Berathung über die *Zulassung der ausländischen Aerzte zur Praxis in Frankreich* im Kammerausschuss sich im Princip gegen die Anerkennung fremder Diplome ausgesprochen, wobei die Regierung sich die Ertheilung von Dispensen vorbehalte. Den fremden Aerzten sei jedoch die Behandlung ihrer Landsleute in Badeorten zu gestatten.

— In Berlin hat sich ein Comité unter dem Vorsitze Prof. Virchow's gebildet, welches ein Denkmal für den berühmten

Kliniker Prof. L. Traube



XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,
St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur **Dr. Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 12 St. Petersburg, 24. März (5. April) **1890**

Zur Behandlung gangränöser Hernien.

Von

Edgar Grubert.
Ordinator am Militär-Hospital zu Wilna.

Die letzten zwei Jahre haben zur Klärung der Frage von der Behandlung incarcerirter und gangränöser Hernien ein reichliches Material geliefert. Schon eine flüchtige Uebersicht der einschlägigen Journal-Literatur, welche keineswegs den Anspruch der (am hiesigen Orte nicht erreichbaren) Vollständigkeit erhebt, ergab mir eine ganze Reihe von Meinungsäusserungen für und wider die primäre Resection mit nachfolgender Darmnaht, respective die Anlegung eines widernatürlichen Afters.

Die primäre Resection der abgestorbenen Darmschlinge mit nachfolgender Naht und Versenkung der betreffenden Partie stellt zwar bei glücklichem Ausgang ohne Zweifel den idealsten Ausweg dar, war aber wegen der damit verbundenen hohen Sterblichkeit in ziemlich allgemeinen Misscredit gerathen. Gegen dieses Verfahren, welchem er 52% Mortalität nachrechnet, sprach sich zunächst Reichel aus in seiner bekannten Monographie über «die Lehre von der Brucheinklemmung» (Stuttgart 1886). Derselben Meinung ist Heineken (Deutsche militärärztl. Ztg. 1887, № 1—3), welcher die Gangrän sogar direct für eine Contraindication der Darmresection ansieht. J. A. Rosenberger schlägt in seinem Beitrag zur Festschrift für Albert von Kölliker (Leipzig 1887) die Anlegung eines widernatürlichen Afters als Normalverfahren vor sogar für gangränescirende Darmwandbrüche, für die doch, wie Jaffé in seinem Referate dieser Arbeit (Centralbl. für Chirurgie 1888, № 12) mit Recht hervorhebt, die Chancen der primären Resection gerade ganz besonders günstig liegen. Uebrigens ist auch Rosenberger, einer späteren Mittheilung (Münchener med. Woch. 1888, № 27) zufolge, bereits den damals geäusserten Principien untreu geworden und hat nach einer in einem solchen Falle ausgeführten Resection mit Darmnaht rasche Heilung erzielt. Weitere Mittheilungen über Anlegung von widernatürlichem After bei brandigen Hernien rühren her von Koch (Münch. med. W. 1888, № 41) und von Cotterill (Edinb. Med. Journ. 1889, Jan.). Endlich ist unter den Gegnern der primären Resection noch zu erwähnen Haenel (Archiv f. klin. Chir. XXXVI. p. 393), welcher sich auf eine Statistik der nach Reichel veröffentlichten Fälle stützt.

Haenel berichtet über 6 Fälle aus der Zeit vom 1. Januar 1885 bis zum 1. Juli 1886, bei welchen in der Dresdener Diakonissenanstalt ein widernatürlicher After angelegt wurde, und zwar 5 Mal wegen Brand des Darmes und 1 Mal weil sich bei Eröffnung des Bruchsackes der im Uebrigen gesund aussehende Darm in grosser Ausdehnung von seinem Mesenterium abgerissen vorfand. Von diesen 6 Fällen endeten 3 tödtlich, ehe noch der künstliche After beseitigt werden konnte, und zwar einer durch Collaps, der zweite durch Inanition in Verbindung mit schnell zunehmender Lungenschwindsucht und der dritte in Folge von allgemeiner Peritonitis. 4 Mal dagegen wurde die operative Beseitigung des Anus praeternaturalis unternommen (zu den restirenden 3 kam nämlich noch ein vierter Fall, bei welchem der widernatürliche After ausserhalb der Anstalt angelegt worden war); und zwar 3 Mal nach dem Dupuytren'schen Verfahren mit vollkommenem Erfolge und 1 Mal durch secundäre Resection und Naht mit Exitus letalis an Kothperitonitis. Es lässt sich wohl nicht sagen, dass diese Resultate befriedigend sind; gleichwohl spricht sich Verfasser mit Entschiedenheit für die Anlegung eines Anus praeternaturalis aus, da er in der jüngeren Literatur auf 16 Fälle von primärer Resection nur 6 Genesende verzeichnet fand. Was dann die Beseitigung des widernatürlichen Afters anbetrifft, so fand Haenel unter 43 Fällen von secundärer Resection 25 Ausgänge in Genesung, 2 in bleibende Fistelbildung und 16 Todesfälle, eine Ziffer, die dem Dupuytren'schen Verfahren entfernt nicht zur Last fällt. Letzteres verdient also den Vorzug; es sei denn, dass es wegen mangelnder Spornbildung nicht anwendbar ist, oder dass bei drohender Inanition der widernatürliche After ex indicatione vitali beseitigt werden muss, so lange der Gebrauch der Darmscheere noch als zu frühzeitig contraindicirt ist.

Noch trauriger als die Zahlen Haenel's sind diejenigen, welche neuerdings Paulsen aus dem Communehospital in Kopenhagen berichtet hat (Centralblatt für Chirurgie 1889, № 32). In dem Zeitraume 1863—1888 wurden daselbst 32 gangränöse Hernien beobachtet. Nur 1 Mal wurde die primäre Resection und Darmnaht ausgeführt und zwar mit tödtlichem Ausgang. In den übrigen 31 Fällen wurde nach hinreichendem Debridement die gangränöse

Darmschlinge ausserhalb der Bruchpforte fixirt und ein künstlicher After angelegt. Von diesen 31 Fällen starben 26 und genasen nur 5. Trotzdem traut, wie es scheint, der Verfasser nicht der immerhin viel günstigeren Statistik der primären Resection und Darmnaht und empfiehlt für die Zukunft eine Vervollkommnung des bisherigen Verfahrens durch möglichst weite Vorlagerung der abgestorbenen Darmschlinge.

Unter den Anhängern der primären Resection kann ich nennen Mazzoni, welcher gelegentlich des italienischen Chirurgen-Congresses im Jahre 1886 auf Grund von 20 in Italien ausgeführten Darmresectionen mit 12 Genesungen warm für die Ausführung dieser Operation *bei beginnender oder schon ausgesprochener* Gangrän eintrat; sowie Crespi und Postemski, die über je einen Fall mit glücklichem Ausgange berichten (Centralbl. f. Chir. 1888. № 41); ferner Rushton Parker (Liverpool), der von 3 Fällen einen rettete (Brit. Med. Journ. 1887, I. p. 155); Burckhardt, der auf Grund zweier glücklicher Fälle und im Gegensatz zu Rosenberger die Resection als Normalverfahren für gangränöse Darmwandbrüche empfiehlt (Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte 1887 № 19); endlich Pawlow (2 glückliche Fälle) und Potozki (1 Fall desgl.. St. Pet. med. Woch. 1888 № 16 u. 47.)

Dass in der That die Mortalität nach der primären Resection und Naht gar nicht schlechter ist, als bei Anlegung eines widernatürlichen Afters, hat Körte ziffernmässig nachgewiesen (D. med. W. 1888 № 41). Man muss eben die Resultate der operativen Behandlung des widernatürlichen Afters trennen von denen des eingeklemmten und gangränösen Bruches. Beläuft sich die Mortalität der primären Resection in letzteren Fällen nach Reichel auf 52 %, nach Hänel auf 54 %, so kann mit diesen Zahlen nur verglichen werden die Summe der Todesfälle, welche sich nach Anlegung eines künstlichen Afters schon *vor* der operativen Beseitigung desselben ereignen, und derer, welche wiederum der letzteren Operation zuzuschreiben sind. Diese Summe aber macht nach Körte nicht weniger als 57 % aus. Beiläufig bemerkt, ergiebt von den zur Beseitigung des Anus praeternaturalis üblichen Operationsmethoden die Klammerbehandlung nur 9,9 %, die secundäre Resection dagegen 27 % Mortalität.

Einen vermittelnden Standpunct nimmt Klaussner ein (Münch. med. W. 1889 № 5 u. 6). Er will die primäre Resection und Naht in Hospitälern und bei noch kräftigen Patienten, die Anlegung des Anus praeternaturalis dagegen von praktischen Aerzten und an herabgekommenen Individuen ausgeführt wissen. Er selbst theilt 2 Fälle von primärer Resection mit einem glücklichen Ausgang und einem Todesfall mit.

Nach alledem bleibt also die Prognose einer gangränösen Hernie eine furchtbar ernste und weitere Verbesserungen unserer bisherigen Heilmethoden dringend erwünscht. In dieser Beziehung hat Eugen Hahn werthvolle Vorschläge gemacht (Berl. klin. W. 1888, № 26).

Unbefriedigt von den Resultaten der primären Resection und Naht war auch er wieder zur Anlegung des widernatürlichen Afters zurückgekehrt, musste aber die Erfahrung machen, dass dadurch die Resultate nicht nur nicht viel günstiger wurden, sondern dass sogar — wenn man die Fälle, die bei der Anlegung und bei der nachherigen Beseitigung des Anus praeternaturalis zu Grunde gehen, zusammen in Betracht zieht — die Erfolge dieser Operation hinter denen der primären Resection zurückbleiben. Er wandte sich also wieder der letzteren zu und suchte die Gefahren derselben durch Vervollkommnung der Technik thunlichst zu verringern. Die Hauptgefahr der primären Resection sieht er in dem Umstand, dass es schwierig, wenn nicht unmöglich ist, während der zeitraubenden Vernähung der Darmlumina das gesunde Peritoneum vor Infection von der phlegmonös oder gar jauchig inficirten äusseren Wunde aus zu schützen. Daraus ergab sich die Forderung, die Darmnaht an einer anderen, nicht suspecten Stelle vorzunehmen und in Erfüllung dieser Forderung folgende Operationsmethode.

Nach Erweiterung der Bruchpforte wird der Darm hervorgezogen, in den Grenzen des Gesunden doppelt unterbunden und das Brandige resecirt. Dann werden die äussere Wunde und die Darmenden gründlich desinficirt, letztere mit Jodoformgaze ausgestopft und diese durch je eine Seidennaht vor dem Herausfallen gesichert. Die Unterbindungsfäden bleiben lang und werden unter einander verknüpft. Jetzt wird in der Linea alba eine Incision von ca. 6—8 Ctm. Länge gemacht, welche die Radix mesenterii so schneidet, dass die Hälfte des Schnittes oberhalb, die andere Hälfte unterhalb des Kreuzungspunctes mit derselben zu liegen kommt; oder mit anderen Worten, welche etwas unterhalb des Nabels beginnt und im Niveau der beide Spinae il. ant. sup. verbindenden Horizontalen endigt. In dieser Wunde werden die mittelst einer Kornzange an den Unterbindungsfäden gefassten Darmenden herausgeleitet, die alte Bauchwunde aber sofort durch Jodoformgazetamponade gegen die Bauchhöhle abgeschlossen. Nun erfolgt an den in möglichster Nähe von der Gekröswurzel vorliegenden Darmenden die dadurch erleichterte genaue Prüfung von Darm und Mesenterium und die den jeweiligen pathologischen Befunden entsprechenden Eingriffe, welche in der Darmnaht ihren Abschluss finden. Hierauf nun wird unter dem genähten Darm eine Schlinge von Jodoformgaze hindurch geführt und der erstere, gleichsam auf letzterer reitend, in die Bauchhöhle versenkt; oder aber man begnügt sich damit, jederseits von der Bauchwunde aus einen Gazestreifen bis an das Mesenterium herauszuführen: so oder so die Darmnaht durch Umgebung mit Jodoformgaze schützend und für den Fall der Insufficienz derselben den etwa austretenden Kothmassen den Weg nach aussen frei haltend. Die Bauchwunde selbst stopft Hahn zwischen jenen beiden Gazestreifen noch vollends mit Jodoformgaze aus und sichert sie dann vorläufig durch 2—3 oberflächliche Nähte gegen etwaige Hustenstösse und dergl.

Kurz zusammengefasst, lassen sich als Vortheile dieser Methode anführen: A) Bei der Resection mit nachfolgender Enteroraphie: 1. Die Möglichkeit einer genauen Controlle des erkrankten Darmes und Mesenteriums. 2. Die Erleichterung der Resection und Darmnaht, wodurch die auf die Anlegung der zweiten Bauchwunde verwandte Zeit mit Vortheil wieder eingebracht wird. 3. Die grössere Sicherheit, eine Infection von der Wunde aus zu vermeiden. 4. Der Schutz der Darmnaht durch die Umhüllung mit Jodoformgaze. 5. Die sichere Ableitung des Kothes nach aussen im Falle der Insufficienz der Darmnaht. B) Bei der Resection bei Cruralhernien mit Anlegung des Anus praeternaturalis in der Mittellinie: 1. Die Vermeidung von Abknickungen und Circulationsstörungen. 2. Die Möglichkeit, den Anus praeternaturalis in der Mittellinie leicht durch Klammerbehandlung beseitigen zu können.

Hahn hat nach dieser Methode 3 Mal mit Glück operirt: 2 Mal mit primärer Darmresection bei einem Schenkel- und einem Nabelbruch, das dritte Mal mit secundärer Resection bei widernatürlichem After nach Schenkelbruch. Da in diesem letzteren Falle die Wunde in der Bauchgegend nicht inficirt war, so wurde von der zweiten Wunde in der Linea alba abgesehen und statt dessen nur ein Schnitt von der Stelle des widernatürlichen Afters gegen den Nabel geführt und der Darm in der Nähe des letzteren fixirt, um eventuell austretende Kothmassen sicherer nach aussen leiten zu können, als dies bei dem langen und schräg verlaufenden Wundkanal in der Schenkelbeuge möglich gewesen wäre.

Einen vierten Fall dieser Art bin ich in der Lage hinzuzufügen.

Victor T., Unterlieutenant im 107. Troitzki-Infanterie-Regiment, 22 Jahre alt, ist mit einer doppelseitigen Leistenhernie, linkerseits complicirt mit Retention des Hodens im Leistenkanale,

behaftet. Beide Brüche waren in den letzten 5 Jahren zwar öfter hervorgetreten, nie aber eingeklemmt gewesen. Ein Bruchband hat Pat. nie getragen. Am 24. August a. c. hatte derselbe sich in bestem Wohlbefinden an einem längeren Marsche betheiligt, nach dessen Beendigung während der Fahrt auf einer Miethdroschke der linksseitige Bruch plötzlich vorfiel und, nach den unmittelbar darauf eintretenden heftigen Schmerzen nebst Erbrechen zu urtheilen, sich auch sofort einklemmte. Ein zunächst consultirter College verordnete Opium in grossen Dosen und rieth dem Pat., sich unverzüglich in's Hospital aufnehmen zu lassen. Hier traf derselbe um 9 Uhr Abends, d. h. ca. 4 Stunden nach Beginn der Einklemmungserscheinungen, ein und wurde von dem Dujourarzt Dr. N. M. Matschalow und dem sofort benachrichtigten stellvertretenden Oberarzt, Consultanten für innere Medicin, Dr. L. L. Heydenreich, nach Application eines heissen Vollbades, subcutaner Morphiuminjectionen und grosser Dosen von Chloralhydrat einem erfolglosen Versuche der Taxis unterworfen. Um 11 Uhr traf ich im Hospital ein und constatirte folgenden Befund:

Pat., von mittlerer Grösse und äusserst kräftigem Körperbau, zeigt einen schwer leidenden Gesichtsausdruck, hat mehrere Mal erbrochen und klagt über unerträgliche Schmerzen in der linken Leistengegend. Zunge feucht, ziemlich rein. Puls voll, regelmässig, nicht erheblich beschleunigt. In der rechten Leistenbeuge eine reichlich gänseeigrosse, frei bewegliche Bruchgeschwulst mit weiter, bequem für zwei Finger durchgängiger Bruchpforte, an deren lateraler Peripherie sich der Samenstrang durchfühlen lässt. Der Hodensack von normalen Dimensionen. In demselben nur der rechte Hoden vorhanden. Die linke Leistenbeuge in ganzer Breite von der Wurzel des Penis an bis zum Hüftbeinkamme ausgefüllt von einer gestreckt eiförmigen Geschwulst, deren schmäleres Ende der Spin. ilei ant. sup., das reichlich 7—8 Ctm. im Durchmesser haltende dickere Ende dagegen medialwärts gekehrt ist. Dieselbe liegt in ganzer Ausdehnung oberhalb des Ligamentum Poupartii, diesem parallel gerichtet, ist prall gespannt, extrem druckempfindlich und von tympanitischem Percussionsschall. Die Beurtheilung derselben als eingeklemmter Leistenbruch konnte keinem Zweifel unterliegen.

Nach den erforderlichen Vorbereitungen wurde der Kranke chloroformirt behufs Vornahme der Taxis, an welche sich, da wiederholte Versuche misslangen, sofort unter freundlicher Assistenz der genannten Herren Collegen die Herniotomie anschloss. Nach breiter Eröffnung des Bruchsackes durch wohl 15 Ctm. langen Schnitt fand sich in demselben der etwas kleine, sonst aber kaum abnorme Hoden, dem äusseren Leistenring anliegend, und eine schwärzlich verfärbte, meist noch spiegelnde, aber doch stellenweise mit Fibrinauflagerungen bedeckte Dünndarmschlinge, mässig gebläht, aber stark serös durchtränkt und umspült von dunkelem, missfarbenem, wenn auch geruchlosem Bruchwasser. Bruchsack und umgebendes Bindegewebe annähernd normal. Der einklemmende Ring entsprach der inneren Oeffnung des Leistenkanals und war so eng, dass neben den beiden Schenkeln der Darmschlinge kaum das Bruchwasser, geschweige denn die Spitze des kleinen Fingers hindurchgeführt werden konnte. Befreiung des Darmes aus der Einklemmung durch Debridement multiple, wonach die Einführung des Zeigefingers in die Bauchhöhle ohne Schwierigkeit möglich. Gleichwohl gelingt die Reposition der hochgradig ödematösen Darmschlinge auch jetzt nicht. Bei den mit thunlichster Vorsicht ausgeführten Versuchen dazu tritt plötzlich aus der Bruchpforte eine heftige venöse Blutung auf, als deren Quelle nach Spaltung des Leistenkanals und ausgiebiger Vorziehung der Darmschlinge, sich ein kleiner Einriss des einen Mesenterialblattes ergiebt, welcher durch fortlaufende Seidennaht geschlossen wird. Bei der letzten Besichtigung der nun endgiltig zu reponirenden Darmschlinge wird ungefähr in der Mitte der schwarz verfärbten Partie ein ausgedehnter Einriss der Serosa und lappenförmige Ablösung derselben bis an das Mesenterium hin constatirt, sowie dass aus dieser grossen Wunde auch nicht die geringste Blutung stattfindet. Unter solchen Umständen konnte das Heil des Kranken nur noch in der Entfernung der ganzen, augenscheinlich in ihrer Circulation hoffnungslos geschädigten Darmschlinge gesucht werden und wurden daher 21 Ctm. Darmlänge circulär resecirt. Das Mesenterium bot nichts Abnormes dar.

Im weiteren Verfahren richtete ich mich, abgesehen von einigen unbedeutenden Abweichungen, vollständig nach den oben referirten Vorschlägen Hahn's. Die Blutung aus dem Mesenterium wurde durch eine grosse Anzahl von Ligaturen einzelner Gefässe und drei etwa 1,5 Ctm. centralwärts vom freien Rande angelegte Massenligaturen gestillt, und dann die beiden Blätter durch fortlaufende Naht mit einander vereinigt, die Darmlumina aber durch zwei Reihen fortlaufender Nähte an einander gefügt. Sämmtliche Nähte und Ligaturen von Seide. — Bei Versenkung der genähten Partie wurden von der Wunde in der Linea alba aus je ein zusammengerollter Jodoformgazestreifen bis an resp. (von der anderen Seite) bis unter die vereinigten Darmenden geführt und zwischen diesen Streifen die Bauchwunde tamponirt, aber nicht genäht. Auch durch die Wunde in der Leistengegend wurde ein ähnlicher Tampon eingeführt, um das während der Operation ziemlich reichlich ergossene Blut aus dem kleinen Becken aufzusaugen und nach aussen zu leiten. Darauf Exstirpation des Bruchsackes, Abtragung des in seiner Verlagerung indirect lebensgefährlichen linken Hodens, Tamponade der Leistenwunde mit Jodoformgaze und Verband. Gegen 4 Uhr Morgens wurde der Kranke in gutem Allgemeinzustande mit vollem regelmässigem Puls zu Bett gebracht. Die Narkose hatte reichlich 4 Stunden gedauert.

25. August. Den Tag über beständige Uebelkeit, Sodbrennen, häufiges Erbrechen. Der Leib ziemlich stark aufgetrieben und mässig druckempfindlich. Klagt über heftige spontane Schmerzen. — Verordnet: Tr. opii spl., Tr. jodi āā ʒj, Spirit. vin. ʒß: je 10 Tropfen jedesmal nach dem Erbrechen. Opii puri gr. ß f. c. Butyr. Cacao q. s. suppos.: alle 2 Stunden eins einzuführen. — Eisbeutel auf den Leib oberhalb des Verbandes. Eiskalte Milch mit Zusatz von einem Viertel ihres Gewichtes an Aq. Calcis: löffelweise darzureichen. — Abends stieg die Temperatur auf 39,0°.

26. August. Temperatur normal, wie auch weiterhin im ganzen Verlaufe. Puls gut. Brechneigung vergangen. Leichter Icterus.

28. August. Klagt noch über bedeutende Leibschmerzen.

29. August. Der Leib namentlich in der Herzgrube oberhalb des Verbandes stark aufgetrieben, so dass die Athmung einigermaassen erschwert ist. Icterus bereits im Vergehen. Puls gut. Keine Uebelkeit. Verordnet ein Clysma mit Glycerinzusatz, wonach eine spärliche Stuhlentleerung und reichlicher Abgang von Winden. — Verbandwechsel in Chloroformnarkose. Entfernung der nur leicht serös durchtränkten Tampons. Secundärnaht beider Wunden, obgleich dieselben ihrem Aussehen nach kaum noch dazu geeignet erscheinen. Der Rest des Bruchsackes in der Bruchpforte von den übrigen Geweben nicht mehr zu unterscheiden. Verschluss der letzteren durch doppelte Matratzennaht, welche mittelst doppelt armirter Seidenfäden in der Weise angelegt wird, dass je eine Fadenschlinge auf der peritonealen Fläche der Bauchwand ober- und unterhalb der Bruchpforte zu liegen kommt, die Enden der Fäden aber zunächst durch die ganze Dicke des gleichnamigen, dann durch den gegenüberliegenden Rand der Bruchpforte, sowie durch die Haut geführt und schliesslich in's Kreuz geknüpft werden. Tampon von Jodoformgaze in den inneren Winkel der Leistenwunde. — Im Laufe des Nachmittags einige Mal Erbrechen. Die Temperatur bleibt normal. Opium ausgesetzt. Pat., der aus Aversion gegen Milch bisher noch so gut wie nichts genossen hat, soll von nun an Bouillon und 2 weiche Eier bekommen.

30. August. Erste spontane Stuhlentleerung, die sich von nun an täglich wiederholt. Der Leib vollkommen zusammengesunken, weich und schmerzlos.

31. August. Allgemeinzustand gut. Pat. hat sich noch Opium in halbgränigen Dosen zu verschaffen gewusst und bis jetzt fortgebraucht, was weiterhin durch strengere Controlle verhindert wird.

3. September. Zweiter Verbandwechsel. Entfernung der Nähte und der Tampons. Erstere haben zum Theil durchgeschnitten und beide Wunden sind stellenweise oberflächlich auseinandergegangen. Nicht ganz unbedeutende Eiterung.

6. Sept. Verbandwechsel. Pat. erhält 4 Eier täglich.

8. Sept. Desgl. Pat. erhält Suppe und Weissbrod.

13. Sept. Fünfter Verbandwechsel, wobei aus der Tiefe der Leistenwunde eine Ligatur entfernt wird.

20. Sept. Schlaffe Granulationen ohne Anzeichen von Vernarbung. Pat. erhält Fleisch.

25. Sept. Zustand der Wunden nicht verändert. Compressen. Pat. fängt an einige Schritte zu gehen.

7. October. Die Wunde in der Linea alba ist vernarbt.

9. October. Die in der Leiste noch bestehende Fistel wird breit gespalten und aus derselben eine dicke Seidenligatur, welche auf dem Stumpfe des Samenstranges gelegen hatte, entfernt.

16. October. Entsprechend dem oberen Ende der Narbe in der Linea alba hat sich wieder eine feine Fistel gebildet. Die Wunde in der Leiste füllt sich allmälig, ist aber immer noch sehr atonisch. Secretion beider Wunden gering. Pinselungen mit Jodtinctur.

18. October. Pat. erhält ein Bruchband für den rechtsseitigen Bruch.

25. October. Die Fistel in der Linea alba hat sich wieder geschlossen. Die Granulationen der nur noch streifenförmigen Wunde in der Leistenbeuge sind ziemlich gut. Pat. wird auf seine Bitte behufs ambulanter Weiterbehandlung entlassen [1]).

Dieser Krankengeschichte habe ich nur noch wenige Worte hinzuzufügen.

Vor Allem bemerkenswerth erscheint an unserem Falle die Acuität der Einklemmung und die stürmische Entwickelung der aus derselben resultirenden Circulationsstörungen. Schon ca. 7 Stunden nach Beginn der Einklemmuug war in der abgesperrten Darmschlinge nicht nur der venöse, son-

[1]) Die Wunde verlor sofort nach der Entlassung ihren bisherigen atonischen Charakter und ist seitdem verheilt.



dern auch der arterielle Blutstrom vollständig unterbrochen, und in Folge der hochgradigen serösen Durchtränkung hatte der entsprechend der ausgiebigen Erweiterung der Bruchpforte doch verhältnissmässig geringe mechanische Insult der Repositionsversuche hingereicht, unversehens und unbemerkt eine so bedeutende Verletzung des Darmes zu produciren, dass nur noch der Ausweg der Resection offen blieb. Ob man diesen Zustand schon Gangrän nennen kann, lasse ich dahingestellt. Jedenfalls erschienen mir die Chancen der restitutio ad integrum sehr gering und die circuläre Resection der ganzen abgeschnürt gewesenen Schlinge als das entschieden kleinere Wagniss. Warum ich diesen Eingriff und nicht die Anlegung eines Anus praeternaturalis wählte, ergiebt sich aus dem eingangs referirten Stande dieser Frage.

Rushton Parker beschreibt (l. c.) einen Fall, in welchem er nach 24-stündiger Einklemmung bereits ausgesprochene Fäulniss der Bruchcontenta vorfand und erklärt diese Erscheinung durch die extreme Enge der Einklemmung, wodurch augenscheinlich die Blutcirculation und überhaupt alle Processe mit Ausnahme der Zersetzung und der Transsudation ihrer Producte sistirt worden wären. Ueberhaupt geht ja auch aus den Versuchen von Reichel (l. c.) hervor, dass, wie einerseits in vielen Fällen von ausgesprochener Brucheinklemmung die Kreislaufsstörungen unbedeutend bleiben können, so andererseits wiederum die Irreponibilität mancher Hernie lediglich auf der bedeutenden Dickenzunahme der Schlingenwandung durch ödematöse Schwellung beruht. Diese aber wird durch die Compression der Gefässe verursacht und spielt nicht nur bei dem Zustandekommen der Einklemmung, sondern auch bei der Entscheidung des weiteren Schicksals der eingeklemmten Schlinge die ausschlaggebende Rolle. Zu den Fällen dieser Kategorie gehört entschieden auch der unsere und vielleicht überhaupt alle congenitalen Leistenbrüche, bei welchen der einklemmende Ring hoch oben an der inneren Oeffnung des Leistenkanales gelegen ist. Dass die Einklemmung in diesen Fällen eine besonders schwere Prognose darbietet, ist neuerdings von Kirmisson hervorgehoben worden (Gazette des hôpitaux 1888, № 49).

Die Prognose der primären Darmresection musste in unserem Falle bei dem Fehlen ausgesprochener Fäulnisserscheinungen von vorne herein als relativ günstige bezeichnet werden. Gleichwohl wagte ich es nicht, sofort die Bruchpforte zu verschliessen, da durch dieselbe nicht unbedeutende Mengen Blut in die Bauchhöhle geflossen waren, ein Umstand, durch welchen sich wohl auch die anfängliche Temperatursteigerung, sowie der während der ersten Tage nach der Operation beobachtete Icterus erklären. Der Zustand des Patienten nach der Operation liess dann eine Vertagung der zweiten Narkose bis zum fünften Tage räthlich erscheinen, und an diesem war die Wunde bereits so weit verändert, dass einmal die neueren Methoden der Radicaloperation (Macewen, Banks u. A.) nicht mehr anwendbar, und dann auch die Aussichten auf volle prima intentio schon recht geringe waren. Der weitere Verlauf hat diesen Voraussetzungen entsprochen.

In wie weit das von mir angewandte Verfahren einen dauernden Verschluss der Bruchpforte bewirken wird, kann erst die Zukunft lehren. Bei der ursprünglichen Enge derselben und der allseitigen ventilartigen Annäherung ihrer Ränder durch die oben beschriebene Naht scheinen die Aussichten a priori nicht ganz schlecht zu sein, zumal nach Entfernung des Hodens. Wünschenswerth wäre im Interesse der Radicalheilung vielleicht eine noch längere Bettruhe gewesen; doch liess Patient sich nicht mehr zurückhalten, und erschien auch in Anbetracht des bedeutend reducirten Zustandes seiner Ernährung in diesem Puncte Nachgiebigkeit geboten. Letzterer Umstand ist wohl auch zum Theil für den langsamen Wundverlauf mit verantwortlich zu machen.

Ein Bruchband wurde dem Patienten nur für den rechtsseitigen freien Bruch verordnet, da der Nutzen eines solchen nach der Radicaloperation, den Ausführungen Anderegg's zufolge, mindestens zweifelhaft sein dürfte.

Wilna, 3. November 1889.

Referate.

R. Otto (Dorpat): Ueber den pleurit. Schmerz und seine Behandlung durch part. Compression des Thorax. (Berl. klin. Wochenschrift 1889, № 39).

Vf. schildert ein Verfahren, welches er seit einigen Jahren mit bestem Erfolge bei pleuritischen Schmerzen anzuwenden pflegt. Er benutzt eine 6—7 Ctm. breite Baumwollenbinde von der doppelten Länge des Thoraxumfanges. Diese wird an einer der beiden Axillarlinien beginnend in übereinanderliegender Doppeltour über den Schmerzbezirk weg um den Brustkorb geführt, so dass Anfang und Ende der Binde ans Mittelstück derselben vermittelst einer grossen Sicherheitsnadel fixirt werden können. Wichtig ist, dass sich der Thorax während der schnell vorzunehmenden Procedur in leichter Exspirationsstellung befinde und dass die Nadel beim Einheften mehrmals ein- und durchgestochen werde, damit die Binde möglichst gleichmässig gespannt ist.

Zur Erklärung der günstigen Wirkung seiner Methode führt Verf. aus, dass es sich bei der Pleuritis um *gesonderte Schmerzqualitäten* handele, die einmal nach Art von Stichen, das andere Mal als drückende, reissende Schmerzen zur Wahrnehmung gelangen. Im ersteren Falle müsse eine Erkrankung der Pleura pulmonal., im letzteren eine der costalis praesumirt werden. In jedem Falle käme der Schmerz durch Inspirationsspannung der Pleurablätter zu Stande. Hierfür sprächen die im einzelnen Falle völlig differirenden Reactionsformen von Seiten der Kranken gegen den Schmerz, die nur unter obigen Voraussetzungen erklärt werden können.

Lagert sich der Pat. auf die kranke Seite, so gestattet ihm dies die *schmerzfreie* Thoraxwand, weil nicht die Costal- sondern die Pulmonalpleura den Erkrankungsherd bildet, während Lagerung des Kranken auf die gesunde Seite die Vermeidung jeglichen Druckes und jedweder Berührung der schmerzhaften Thoraxwand bezweckt, weil die erkrankte Costalpleura die Schmerzen erzeugt. Bei der ersten Grundform (Affect. der Pleura pulmonalis) mache sich die entspannende Wirkung der Compressionsbinde fast momentan geltend. Bei der zweiten Grundform (Affect. der Pl. cost.) steigere die Compression anfänglich die Schmerzen. Berücksichtige man aber, dass die erkrankte Costalpleura in jeder Inspirationsphase der kaum gewonnenen Exspirations- oder Entspannungsruhe wieder beraubt wird, so ist verständlich, dass auch hier in nicht zu langer Zeit die günstige Wendung eintreten muss, in dem Maasse als sich die Pleura unter Beseitigung der Schmerzursache erholt. Autorreferat.

S. Rosenberg: Ueber die Anwendung des Olivenöls bei der Behandlung der Gallensteinkrankheit. (Therap. Monatsh. № 12, 1889).

Nach genauer Aufführung der einschlägigen Literatur theilt Vf. seine an 3 Kranken angestellten 21 Einzelbeobachtungen mit, von denen 19 positiven und nur 2 negativen Erfolg hatten, und erklärt die gute Wirkung des Olivenöls durch directe Einwirkung des Oels auf die Gallensecretion, wie er es bei 2 Gallenfistelhunden experimentell direct nachgewiesen hat; diese Untersuchungen werden nächstens in Pflüger's Archiv erscheinen. Auch er hat, wie die meisten Beobachter gesehen, dass Gallenstein selten, häufig nur Oelconcremente abgehen, der therapeutische Effect blieb aber trotzdem derselbe günstige. Verf. schlägt vor, das Oel nicht per se, sondern mit 0,25% Menthol, 10—15% Cognac und 2 Eidottern zu verordnen, ersteres um dadurch den Geschmack zu verbessern und die Brechneigung zu bekämpfen, den Cognac gleichfalls als Corrigens und das Eigelb der Farbe wegen. Von den sonst gegen Gallenstein verschriebenen Arzneistoffen verwirft R. das Durande'sche Mittel vollkommen; die vegetabilischen Abführmittel (Aloë, Rheum, Podophyllin u. a.) wirken nach ihm unsicher; sehr viel hält er vom Natr. salicylicum, welches er mit sehr gutem Erfolg als Cholagogum angewandt hat. R. giebt das Olivenöl zu 200,0 pro dosi, je nach Bedürfniss 1—2—3 Mal täglich, und 3,0 Natr. salicylic. pro die als Nachcur.

Literatur. I. *Therapeutisches.* Kennedy (Lancet IX. 18. 1880), Thomson (Medic. Record III. 15., 1881), Singleton Smith (Lancet VIII. 20, 1881), Tonatro (Lancet 10. XII. 1887), Zemer jun. (Wien. med. Wochenschr. 1888, №№ 23, 24), Chauffard und Dupré (Bullet. de la soc. des hôpit. de Paris 1888, № 16), Prentiss (Medic. News 1888, I, p. 518), Höhling (ibid. p. 591). II. *Chemisches.* Ball (Lancet 1880 II, pag. 522), Singleton Smith (l. c.), Chauffard und Dupré (l. c.). Prentiss (l. c.). Hinze.



Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. B. Fränkel: Der Kehlkopfkrebs, seine Diagnose und Behandlung. Leipzig und Berlin 1889. Verlag von Georg Thieme.

Verf. hat diese Monographie auf Aufforderung seitens der Redaction der deutschen medicinischen Wochenschrift geschrieben, um die mancherlei Unwahrheiten und Unklarheiten, die nicht allein beim Laienpublicum zu finden sind, zurechtzustellen und eine sachgemässe Darstellung der Lehre vom Kehlkopfkrebse zu geben. Daher befasst er sich in seinem Werke vorherrschend mit den Frühformen, die bis jetzt wenig geschildert worden sind, umsomehr auch, als ihm darin eine grosse Erfahrung zur Seite steht.

Als erste unter diesen bespricht er das „unter dem Bilde einer Geschwulst auftretende Stimmbandcarcinom; Carcinoma polypoides". Anhaltspuncte für die Diagnose sind das laryngoskopische Bild und cum restrictione das Alter der Pat. — Wir sehen eine flache, breit aufsitzende Erhabenheit, die die Tendenz hat in die Tiefe zu wachsen, mit Epithelbedeckung. Sie ist ferner glatt, leicht höckerig, gräulich verfärbt, ja weiss. Besonders sind opake, kreideartige Massen (Anhäufung epithelialer Gebilde) geradezu charakteristisch. Die Consistenz ist höchstens nur ein Geringes härter, als normal. Wenn die objectiven Zeichen aber nicht deutlich, was nicht selten vorkommt, so bleibt nur die mikroskopische Untersuchung nach, „kunstgerecht ausgeführt und richtig gedeutet". Die näheren Details darüber sind im Originale nachzulesen.

Als zweite Form folgt das „Stimmbandcarcinom, welches sich in die Fläche ausbreitet; Carcinoma diffusum". — Auch meist nur ein Stimmband ergriffen, der Tumor mehr in die Breite gewachsen, weniger in die Tiefe; dazwischen auch kreidige Massen. Bei dieser Form wird die von Semon beobachtete Trägheit des Stimmbandes gefunden, deren Grund noch nicht erwiesen ist. Die Diagnose entweder per exclusionem oder durch die mikroskopische Untersuchung, die mehrfach gemacht werden muss, bis sie ein positives Resultat ergiebt.

Die jetzt folgenden Formen, 3) „Carcinoma polypoides und diffusum an anderen Stellen des Kehlkopfes", behandelt Verf. nicht speciell. Die Diagnose ist dieselbe, wie bei den obengenannten Formen. In dieser Rubrik bespricht er die Carcinome, die vom Taschenbande ausgehen, die aus dem Ventriculus Morgagni hervorwachsen, die an der hinteren Larynxwand sitzen. In der Region der Glottis cartilaginea sitzen die von Virchow als Pachydermie geschilderten Gebilde, die mit Carcinom leicht verwechselt werden können. Es folgt eine genaue Beschreibung dieser.

Ausführlicher wird wieder 4) das „Carcinoma ventriculare" beschrieben, das Verf. früher auch submucosum genannt hat, welchen Namen er jedoch fallen gelassen hat, da es zum Irrthume Veranlassung geben könnte, als sei die Submucosa der Ausgangspunct derartiger Carcinome. Bei den aus dem Ventrikel wuchernden Carcinomen werden zum Theil das Taschenband und die aryepiglottische Falte vorgedrängt, aber auch zugleich in den Process mit hineingezogen. Mikroskopisch findet man ein Carcinoma fibrosum adenoides, das wahrscheinlich von den Drüsen im Ventrikel ausgegangen ist.

Die differentielle Diagnose hat es mit der Ausschliessung von Cysten, von Perichondritis arytaenoidea, schliesslich von Syphilis zu thun. Sind diese, besonders die letztere, sicher ausgeschlossen, so bleibt nur das Carcinom übrig. Die Tuberculose bietet keine ähnlichen Bilder.

5) „Fortgeschrittene Formen des Carcinoms des Larynx". Die beschriebenen Formen wachsen im Pflasterepithel, wo sie entstanden, weiter, wodurch deren circuläre Formen zu Stande kommen. Dabei tritt zuweilen Stridor laryngealis ein. Dann wächst das Carcinom später auch in die Tiefe, wodurch es anfangs zu allmäliger Behinderung der Athmung kommt, die später aber zu hohen Graden von Stenose werden kann. — Dazu gesellt sich Lymphdrüsenschwellung, doch kommt diese zuweilen schon bei den Frühformen vor, so dass sie zur Diagnose schwer zu verwerthen ist. — Weiterhin beginnt das Carcinom zu zerfallen. Wir haben geschwürige Processe vor uns, wie sie auch bei Syphilis und Tuberculose vorkommen.

Zur Diagnose dieser Processe müssen daher andere Hilfsmittel herangezogen werden. Als solches galt der in das Ohr ausstrahlende Schmerz, doch ist dieses Symptom äusserst unzuverlässig, ebenso die Dysphagie, die bei anderen Larynxaffectionen ebenso auftritt. Charakteristisch ist der eigenthümliche Gestank. Zur differentiellen Diagnose ist der Schluss ex juvantibus et nocentibus von grossem Werth, daher eine Jodkaliordination, und schliesslich doch wieder die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst entnommener Partikel.

Im weiteren Verlaufe geht das Carcinom auf das Bindegewebe, die elastischen und die Muskelfasern, auf die Drüsen über, sie in Krebsmasse verwandelnd. Der Knorpel widersteht mehr dem Andrange und wird nur dann, wenn er markraumhaltig, mit Gefässen versehen und verknöchert ist, durchwachsen. Das Carcinom wächst um ihn herum, so dass der Knorpel nekrotisch wird. Andererseits kommt es auch zur Knorpelnekrose durch Perichondritis. In diesen Fällen kann leicht plötzlich Asphyxie auftreten.

In dieser Weise tritt das Carcinom unter die Haut, nachdem der Knorpel zerstört oder auch durchwachsen ist. Man fühlt die weichen Geschwulstmassen zwischen Knorpel und Haut. „Bei sehr oberflächlicher Betrachtung können dieselben für einen Abscess gehalten und incidirt werden".

In der letzten Phase geht das Carcinom auf die Nachbarorgane über, besonders den Pharynx. Die Schmerzen und die Schwierigkeit beim Schlucken erschweren die Ernährung. Blutungen treten auf. Die hinabfliessenden Secrete bedingen quälenden Husten und mühsamen Auswurf. Der Foetor ist schrecklich. Durch den Zerfall wird zwar die Stenose aufgehoben und die Athmung freier, jedoch ist meist schon die Tracheotomie vordem ausgeführt worden.

Der Tod beim Carcinom erfolgt: 1) durch Erstickung, welchem Ereigniss durch die Tracheotomie vorgebeugt werden kann; 2) durch Schluckpneumonie; 3) durch Entkräftung; 4) durch „einige mehr zufällige Complicationen, Eitersenkungen, Blutungen, Erstickung durch Compression oder Anfüllung der Luftwege unterhalb des Canülenendes etc."

Bezüglich der Behandlung stellt Verf. den Grundsatz hin, „die Neubildung, so lange sie noch ein örtliches Leiden darstellt, aus dem Körper zu entfernen" und meint weiter, „Fortschritte in der Diagnostik des Carcinoms werden deshalb sicherlich auch die Anzahl der Recidive nach der Exstirpation vermindern".

Die Methoden zur Entfernung desselben sind: 1) Die endolaryngeale Ausrottung durch Zange und Schlinge. Verf. hat sie 5 Mal ausgeführt, wie aus den Krankengeschichten ersichtlich. Bei der Statistik streicht er einen selbst, da die ferneren Schicksale des Pat. ihm unbekannt sind, obgleich er mitzählen könnte. „Es bleiben also noch 4 Fälle übrig. Von diesen ist ein 68 Jahre alter Mann zwei Jahre ohne Recidiv geblieben, zwei Fälle sind, der eine dauernd, der andere seit 6 Monaten geheilt, und in dem vierten versagte das Verfahren". Verf. tritt eifrig für diese Methode ein, hält sie nicht für unsicher, wie Einige behaupten, und zwar mit Recht, da er sie nur bei den Frühformen anwendet. Aber sowie sie versagt, ist nicht zu zögern und vorzunehmen 2) die partielle Exstirpation des Kehlkopfes nach vorangegangener Laryngofissur, „die, früh genug ausgeführt, grosse Chancen für die Heilung des Kehlkopfkrebses bietet, an sich das Leben kaum gefährdet und den Kranken nur dann zum Invaliden macht, wenn sein Beruf das Vorhandensein einer lauten, klaren Stimme erfordert". 3) Die Totalexstirpation, die allerdings eine gefährliche Operation ist.

In Kürze erwähnt Verf. noch der Palliativoperationen, der Entfernung von Krebsmassen mit Hilfe der Laryngofissur, oder einfach mit dem Löffel endolaryngeal, der Tracheotomie, dann weiter der inneren Mittel, die den Krebs heilen sollten und endlich der topischen Mittel, die dasselbe thun sollten. In Kürze wird die symptomatische Behandlung mit Narkoticis besprochen.

Als Hauptsache für die ärztliche Praxis aus seinen Ausführungen stellt er die Schlussfolgerung hin: „Der Kehlkopfkrebs kann auch in seinem Beginn mit Hilfe des Kehlkopfspiegels und der mikroskopischen Untersuchung herausgenommener Stücke fast ausnahmslos sicher als solcher erkannt werden. Die Ausrottung der Frühformen desselben auf endolaryngealem Wege oder durch die partielle Exstirpation des Kehlkopfes giebt uns die begründete Aussicht, die Mehrzahl der von ihm befallenen Kranken dauernd zu heilen". J. F. Neumann.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 18. October 1889.

1) Dr. Voss demonstrirt einen Pat. mit einer sog. *schwarzen Haarzunge*. Auf dem hinteren Zungendreieck ist ein braunschwarzer filziger Belag sichtbar. Es handelt sich um Vergrösserung und abnorme Pigmentirung der hier belegenen Papillae filiformes; keine Pilzwucherung. Aetiologie in diesem Falle, wie auch in den wenigen beschriebenen Erkrankungen, unklar. Pat., sonst ganz gesund, hat seit ca. 4 Wochen das Gefühl von Würgreiz. Geschmacksempfindung nicht alterirt.

Dr. Miram hat einen ähnlichen Belag beobachtet in einem Falle von inoperablem Zungenkrebs, nur waren die Papillen noch grösser. Gegen diese Hypertrophien sind scharfer Löffel und Aetzmittel ziemlich machtlos.

Auch Dr. v. Stryck hat 2 Mal diese Affection gesehen. Der eine Fall betraf einen alten Herrn, bei welchem die Wucherung schon viele Jahre bestand, das andere Mal war es eine junge 22-jährige Frau, welche von der Existenz der Zungenaffection nichts verspürt hatte.

Dr. Voss will den scharfen Löffel anwenden und dann auf den Rath von Autoren hin entweder mit 10% Sublimat oder Lapis ätzen.

2) Dr. Wolferz: „Aus dem ersten Congress livl. Aerzte". (Das Protokoll des Aerztetages ist ausführlich in dieser Wochenschrift veröffentlicht).

3) Dr. v. Brehm: „Ein casuistischer Beitrag zur Umgehung der künstlichen Frühgeburt". (in extenso erschienen in № 9 a. c. dieser Wochenschrift) z. Z. Secretär: Bernsdorff.



Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 5. December 1889.

1) Dr. Westphalen stellt einen an *Paramyoclonus multiplex* leidenden Patienten des Deutschen Alexander-Hospitals vor und knüpft an diesen Fall einige Bemerkungen über Symptomatologie, Diagnose und muthmaasslichen anatomischen Sitz dieser Krankheit.

Dr. Hirsch bemerkt in Bezug auf die Therapie, dass er in mehreren Fällen bei verschiedenen Krampfformen eine günstige Wirkung von der Application eines Haarseiles am Nacken beobachtet habe.

Dr. Blessig hat bei Oppenheim (Westphal's Klinik, Charité) das Haarseil mit gutem palliativem Erfolge bei der *Paralysis agitans* anwenden sehen.

2) Prof. Dr. Tiling spricht über die als *Exostosis cartilaginea bursata* bezeichneten Knochengeschwülste und berichtet ausführlich über zwei einschlägige von ihm operirte Fälle, von denen der eine bereits von Dr. Orlow im „Wratsch" mitgetheilt, der andere gleichfalls zur Veröffentlichung bestimmt ist. Zugleich demonstrirt Vortr. das bei der Operation des zweiten Falles gewonnene Präparat.

3) Dr. Germann legt einige Daten aus dem im Drucke befindlichen III. Hefte der «*Mittheilungen aus der St. Petersburger Augenheilanstalt*» (deutsch: bei Ricker 1889; russisch: im Вѣстникъ офталмологіи) vor. Das Heft enthält u. A. eine Abhandlung des Vortr.: «*Zur Behandlung der syphilitischen Augenkrankheiten mit intramusculären Injectionen von Hydrargyrum salicylicum*». Verf. empfiehlt diese gegenüber der Inunctionscur manche Vortheile bietende Behandlungsmethode sehr warm, besonders bei syphilitischen Erkrankungen des Uvealtractus; räth auch dieselbe bei analogen, nicht syphilitischen Erkrankungen zu versuchen.

Dr. Petersen hat gleichfalls eine günstige Einwirkung solcher Injectionen auf Processe, die mit der Syphilis nichts zu thun hatten, gesehen, so z. B. auf intercurrente Pleuritiden bei solchen Syphilitikern, die gerade eine Injectionscur brauchten.

4) Dr. de la Croix theilt in Ergänzung seiner früheren Ausführungen über *im Hospital acquirirte Tuberculose* (cfr. Sitzungen v. 17. und 31. Octob. d. J.) die Krankheitsgeschichten von drei im städt. Peter-Paul-Hospitale beobachteten Fällen mit, in welchen er es für möglich erachtet, die Incubationsdauer der tuberculösen Infection annähernd zu bestimmen. Fall I: Mann 28 J. a., aufgenommen mit *Nephritis* und rechtsseitiger *Pleuritis*; Fall II: Frau 41 J. a., aufgen. mit *croupöser* rechtsseitiger *Pneumonie*; Fall III: Mann 27 J. a., aufgen. mit *croupöser* rechtsseitiger *Pneumonie*. In diesen drei Fällen traten nach vollständiger Entfieberung während der Reconvalescenz erneute Temperatursteigerungen auf, die den Ausbruch der Lungentuberculose anzeigten; die Section zeigte in den beiden ersten Fällen neben den Residuen der primären Erkrankung frische *Miliartuberculose* im ersten Falle der rechten *Pleura* und Lunge, im zweiten Falle der rechten Lunge, der Leber und Nieren. Fall III wurde hergestellt. Die Incubationsdauer der tuberculösen Infection berechnet sich in diesen Fällen ziemlich genau auf 10—13 Tage.

Dr. Moritz hält die angeführten Fälle nicht für beweisend, da die betr. Patienten schon mit Pleuritis resp. Pneumonie in's Hospital kamen, mithin der Verdacht nahe liegt, dass sie schon zur Zeit der Aufnahme tuberculös waren. Dr. Kernig theilt diese Bedenken in Bezug auf den ersten Fall. Dr. de la Croix erwidert, dass bei der Section gar keine Spuren einer früheren Tuberculose, weder in den Lungen noch sonst im Körper gefunden wurden (weder ältere tuberculöse Herde, noch Adhäsionen an den Lungenspitzen) und betont, dass die Patienten nach der Entfieberung das Bild vollständiger Reconvalescenz dargeboten hatten. Dr. Westphalen fasst die soeben mitgetheilten Fälle so auf, dass die schon früher im Organismus circulirenden Tuberkelbacillen in den an Pneumonie und Pleuritis erkrankten Organen einen locus minoris resistentiae fanden und sich hier niederliessen; vom pathologisch-anatomischen Standpuncte will er die acute allgemeine Miliartuberculose, die einem plötzlichen Einbruche der Bacillen von einem Herde aus in die Blutbahn ihre Entstehung verdankt, von der gleichfalls hämatogenen, aber mehr chronisch verlaufenden, per continuitatem sich ausbreitenden localen Miliartuberculose getrennt wissen; die miliaren Tuberkeleruptionen in den genannten Fällen gehören zu der letzteren Form; was den Modus der Infection anlangt, so glaubt Dr. Westphalen annehmen zu müssen, dass in diesen Fällen die Infection vom Blute, nicht von den Bronchien aus stattgefunden habe, da keine peribronchialen Herde gefunden wurden und da die gesunde Alveolenwandung (nach Wyssokowitsch) für Bacillen undurchgängig ist; die von Dr. de la Croix supponirte Hospitalinfection hätte aber ihren Weg durch die Bronchien nehmen müssen; daher beweisen die angeführten Fälle nicht, dass die tuberculöse Infection im Hospital durch die tuberculöses Virus enthaltende Luft erfolgt sei. Dr. de la Croix hält eine strenge Scheidung der Miliartuberculose in eine allgemeine acute und eine locale chronische für undurchführbar; es giebt auch acute locale Miliartuberculosen, so z. B. die acute tuberculöse Basilarmeningitis, deren Entstehung man sich ebenfalls so zu denken hat, dass die Meningen einen locus minoris resistentiae gegenüber den im Blute circulirenden Bacillen darstellen. Andererseits sei es ja nicht ausgeschlossen, dass es vielleicht auch in Fall I zur allgemeinen Tuberculose gekommen wäre, wenn Pat. nicht so sehr acut, vier Tage nach Ausbruch des hohen Fiebers, gestorben wäre. Dr. Westphalen möchte vom pathologisch-anatomischen Standpuncte die tuberculöse Basilarmeningitis nicht als eine acute Meningitis bezeichnen. Dr. Moritz weist darauf hin, dass es auch chronisch verlaufende und recidivirende miliare Tuberculose der Meningen giebt, und führt einen solchen Fall aus seiner Praxis an. Demgegenüber betont Dr. de la Croix, dass die tuberculöse Basilarmeningitis klinisch in der Regel doch als acute Krankheit anzusehen ist; will man die hier in Frage kommenden Processe genau präcisiren, so könnte man von einer Tuberculosis acuta miliaris pleurae, pulmonum, meningum etc. im Gegensatze zur Tuberculosis acuta miliaris universalis sprechen. Secretär: Dr. E. Blessig.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Nach Untersuchungen von Bräutigam und Nowack an 22 verschiedenartigen Kranken erregt der reine *Perubalsam*, auch in grösseren Gaben innerlich verabreicht, weder Nephritis noch Magen-Darmcatarrh. Selbst Dosen von 53,8 und 80,0 in 11 resp. 24 Tagen wurden vollkommen reactionslos vertragen. Die Fälle von Nierenreizung durch Perubalsam (Litten, Vámossy) glauben B. u. N. auf Verfälschung desselben mit Kopaivabalsam und Styrax beziehen zu müssen, die reich an ätherischen Oelen sind; letztere aber scheinen die Ursache der Nierenreizung zu sein. (Ctlbl. f. klin. Med. № 7).

— Bröse (Berlin) hat Versuche gemacht über die Verwendbarkeit der von Dynamomaschinen erzeugten elektrischen Ströme in der Medicin (Elektrotherapie, Diagnostik, Elektrolyse, Galvanokaustik, Elektromagnetik) und gefunden, dass dieselben, direct von den Berliner Elektricitätswerken mit einer Spannung von 100 Volt. ins Zimmer geleitet, sich so modificiren lassen, dass sie Alles leisten, was wir von dem Element bisher gefordert haben. Der galvanische Strom ist von ausgezeichneter Constanz (Apparat von Hirschmann); die Kosten viel geringer als die bisherigen. (Vorläuf. Mitth. — Cbl. f. med. Wiss. № 8.)

— Für die *contagiöse Natur der Influenza* spricht der Bericht des Dr. Forel, Director der Züricher Irrenheilanstalt Burghölzli, über den Gang der Erkrankung in dieser Anstalt. Es erkrankten im Ganzen 151 Insassen derselben (von 440) und zwar nachweislich zuerst solche, die mit der Aussenwelt verkehrten: 1 Schulkind, dann dessen Familie, darauf ein Koch, dessen Frau ausserhalb wohnt, und 4 Wärter, von denen 3 ausgegangen waren. In der Abtheilung von zweien der letzteren erkrankten die ersten Patienten, worauf sich die Influenza weiter verbreitete. Eine beigelegte Curve des Ganges der Influenza zeigt vom 23. bis 28. Dec. allmäliges Vorwärtsschreiten, dann rasches Ansteigen bis zum 5. Januar, worauf rascher Abfall und allmäliges Schwinden: also recht entsprechend einer contagiösen Invasion. (Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte № 3.)

— R. Haug räth zur definitiven *Deckung von Trommelfelldefecten die Schalenhaut des Hühnereies* zu verwenden. Dieselbe muss stets mit der der Kalkschale des Eies zugewandten Fläche auf die angefrischten Wundränder gelegt werden, weil nur von dieser aus Einwanderung von Leucocyten, Einwachsen von Bindegewebe und Vascularisation stattfinden kann, wie seine Transplantations- und Implantationsversuche ergaben. Es lassen sich auf diese Weise kleine bis mittelgrosse Defecte des Trommelfells ausgezeichnet decken und hatte H. mehrfache glückliche Einheilungen zu verzeichnen. Die Schalenhaut des Eies wäre nach H. auch sonst zur Deckung von granulirenden Wundflächen zu benutzen. (Ref. in d. Münch. med. Woch. № 6).

Vermischtes.

— Der langjährige gelehrte Secretär des Medicinalrathes, Geheimrath Dr. Ed. Lenz, welcher zugleich auch berathendes Mitglied des Medicinalrathes ist, hat seinen Abschied genommen. Derselbe fungirt bereits seit 1866 als berathendes Mitglied und seit 1868 als gelehrter Secretär des Medicinalrathes.

— *Befördert: Zum Wirklichen Staatsrath:* der Gouvernements-Medicinalinspector von Plozk, Dr. Ostrowski, unter Verabschiedung auf eigenes Ersuchen.

— *Ernannt:* Der Oberarzt des örtlichen Militärlazareths in Grodno, Staatsrath Dr. Kurkowski — zum Oberarzt des Militärhospitals in Riga; der Consultant des Warschauer Militärhospitals Staatsrath Dr. Schtschastny — zum Consultanten des Moskauer Militärhospitals; der Flaggmanndoctor der baltischen Flotte, Wirkl. Staatsrath J. Nowik — zum Flaggmanndoctor des Geschwaders des Stillen Oceans.

— *Verstorben:* 1) In Kowel (Wolhynien) am 7. März der freipracticirende Arzt Adolph Maljuschizki im 71. Lebensjahre an Greisenbrand. Der Verstorbene hat seine medicinische Ausbildung noch auf der früheren medicinischen Academie in Wilna, nachher auf der Moskauer Universität erhalten und erfreute sich einer allgemeinen Beliebtheit bei den Einwohnern der



XV. Jahrgang. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,

St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14. zu richten. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 13 St. Petersburg, 31. März (12. April) 1890

Die Chloroformnarkose und der Chloroformtod.

Vortrag, gehalten im allgemeinen Verein St. Petersburger Aerzte

von

Dr. O. Hagen-Torn
(St. Petersburg).

Meine Herren!

Bei dem tieferschütternden Eindruck, den der Chloroformtod auf den Operirenden, auf die Umgebung und sogar auf die Gesellschaft ausübt, kann es Einen Wunder nehmen, dass bis heute so sehr wenig über seine Ursache und die Mittel ihn zu vermeiden, bekannt geworden ist. Zum Theil nur kann man es sich dadurch erklären, dass er überhaupt relativ selten vorkommt, noch seltener natürlich in der Praxis eines jeden einzelnen Chirurgen. Es treten die Objecte der Untersuchung so selten vor die Augen, dass man nicht in der Lage ist, sich einen Begriff von den Processen, die sich dabei abspielen, zu machen. Jeder, dem das Unglück widerfahren ist, einen Patienten durch Chloroformtod zu verlieren, versäumt es nicht, eine möglichst sorgfältige Obduction vorzunehmen. Dabei wird meistentheils das Hauptaugenmerk auf den Zustand des Herzens gerichtet. Es ist nichts Auffallendes, dass hin und wieder eine theilweise oder totale Verfettung desselben gefunden wird. Sonderbar wäre es, wenn bei der Menge zu Operirender, welche ein langes Krankenlager mit Fieberbewegungen hinter sich haben, ein derartiger Befund nicht anzutreffen sein sollte. Gar nicht selten jedoch werden sonst kräftige, gesunde Menschen durch den Chloroformtod dahingerafft, bei welchen die Operation z. B. wegen eines nicht malignen Tumors vorgenommen wird. Häufig auch ist der Sectionsbefund ein durchaus negativer. Kann der Weg, die Ursache des Chloroformtodes durch die pathologisch-anatomische Untersuchung, wie sie gewöhnlich ausgeführt wird, zu erforschen, als der richtige bezeichnet werden? Wird uns dieser Weg Hinweise geben können, diesen schrecklichen Zufällen vorzubeugen? Ich zweifle daran. Auch die in den letzten Jahren fast als einzig wissenschaftlich hingestellte Untersuchungsmethode, — das so oft zum Schaden der klinischen Beobachtung missbrauchte Experiment — lässt uns im Stich; wir wissen, dass manche Thierspecies das Chloroform gar nicht verträgt. Die Beobachtung der Chloroformwirkung auf die nicht in ihrem physiologischen Zustande befindliche Nervenzelle, als eine Art der Coagulation, und die zerstörende Wirkung des Chloroforms auf der Blutbahn entnommene Blutkörperchen geben keinen Aufschluss über die Todesursache. Die Wirkung auf die lebende Nervenzelle kann nicht beobachtet werden, und im Blute Chloroformirter wird keine Zerstörung der Blutkörperchen gefunden. Somit bleibt uns nur die directe klinische Beobachtung. Zweifellos ist es, dass das Chloroform auf das centrale Nervensystem wirkt, indem es dasselbe aufregt, [illegible] und dann lähmt. Eine andere ganz auffallende Eigenschaft des Chloroforms besteht aber darin, dass es in seiner Wirkung successive eine Region des Gehirns nach der anderen ergreift; nur in seltenen Fällen scheint die Einwirkung auf das ganze Gehirn auf einmal zu erfolgen. In den Handbüchern der Pharmakologie finden wir die Herzählung der Reihenfolge, in welcher die Gebiete des Gehirns afficirt werden. Hat man eine Reihe von Jahren praktischer Thätigkeit mit etlichen Hunderten von Chloroformnarkosen [1]) hinter sich, so findet man, dass kaum etwas über die Hälfte der Fälle «nach dem Buch» verläuft. Trotz der mannigfachen Variationen, sowohl in der Reihenfolge, als in der Intensität der Erscheinungen, lassen sich doch einige Gruppen der Narkosen unterscheiden. — In einer grossen Zahl von Fällen lässt das Chloroform in seiner Wirkung nichts zu wünschen übrig. Einem zu operirenden Kinde z. B., das durch die vorläufigen Manipulationen in's Schreien gekommen ist, wird die Maske vorgelegt, das Schreien wird weniger intensiv und geht ganz allmälig in ruhigen, tiefen Schlaf über. Nur der fehlende Cornealreflex, die völlige Erschlaffung der Muskeln und die Empfindungslosigkeit weisen darauf hin, dass der Schlaf ein Chloroformschlaf ist. Ebenso leicht ist das Erwachen. Dieser Kindertypus der Narkose wird leider bei Individuen anderer Lebensalter nicht sehr häufig angetroffen, und wenn es der Fall, so treten hier nicht selten diese oder jene Erscheinungen, wie Gesprächigkeit, Spucken, leichte Zuckungen der Muskeln oder Bewegungen der Extremitäten hinzu.

In der folgenden Gruppe bilden solche Erscheinungen in gewisser Aufeinanderfolge die ständigen Begleiter der Narkose. In den Handbüchern der Pharmakologie finden wir sie recht genau beschrieben. Ueber die Beziehungen des Geruchs- und Geschmackssinnes zum Chloroform, welche letztere nach den Büchern zuerst angegriffen werden sollen,

[1]) Zum Theil selbst geleitet, zum Theil von mir begonnen und von meiner Frau — H. Hagen-Torn — weiter geführt.

habe ich keine persönlichen Beobachtungen gemacht, sie haben auch wohl kaum einen praktischen Werth. Vielen Kranken ist der Geruch des Chloroforms unangenehm und ruft Beängstigungsgefühl hervor. Die vermehrte Speichelsecretion äussert sich im häufigen Speien im Anfang der Narkose. — Ein äusserst sicheres Zeichen der beginnenden Narkose ist das Klingen oder Sausen oder Hämmern in den Ohren, welches zuweilen auch den Anstoss zu entsprechenden Delirien während der Narkose giebt. Die noch vor dem Ohrenklingen beginnende Erregung der psychischen Function des Gehirns und der motorischen Centren, welche sich in Gesprächigkeit, in Schimpfen, in Zuckungen oder in coordinirten Bewegungen (Umsichschlagen, Fassen, Abwehrbewegungen) äussert, geht allmälig in lallende Sprache, matte Bewegungen und in Ruhe über. Patienten, welche zu dieser Zeit noch die Besinnung nicht verloren haben, klagen über Ameisenkriechen oder Vertauben der Extremitäten — ein Reizzustand der Sensibilität, welcher nicht oft zu beobachten ist, weil gewöhnlich die Besinnung früher schwindet. Der vorhin frequentere Puls wird langsamer, das häufig angehaltene, nur auf Zuruf oder auf Druck im Epigastrium wieder aufgenommene Athmen wird ruhiger und tiefer, zuweilen tritt leichter Schweiss ein. Noch sind die Reflexe erhalten. Bei weiterem Fortsetzen der Narkose schwindet auch der Cornealreflex, dann die Rückenmarksreflexe und als eine der letzten Erscheinungen, der Tonus der Masseteren. Diese bei Buchheim angeführte Beobachtung halte ich für praktisch werthvoll. So wie das Ohrensausen den Beginn der Narkose bildet, so steht der Cornealreflexschwund auf der Schwelle der gefahrvolleren Erscheinungen. Mit dem Schwund des Cornealreflexes muss das Chloroform in den allerkleinsten Gaben verabfolgt werden. Ich fühlte mich immer ruhiger, wenn ich vor dem Eintreten dieses Symptoms die Operation beginnen konnte. — Ich komme nun auf die häufigeren, während der Narkose zu beobachtenden, den normalen Verlauf störenden und dieselbe in die Länge ziehenden Erscheinungen — das Erbrechen und die Dyspnoë in Folge der abgeschnittenen Luftzufuhr durch die zurückgefallene Zunge. Das Erstere tritt, wie es scheint, auch durch centralen Reiz auf; oft gar nicht an das gewöhnliche Programm gebunden, zu beliebiger Zeit der Narkose; bisweilen ohne andere Vorläufer als ein Kleinerwerden des Pulses und leichte Blässe der Hautdecken. Seltener kann man leichte Bewegungen des Zwerchfells mit dem Kleinerwerden des Pulses beobachten; oft tritt dabei Schweiss auf der Stirn auf. Durch das Erbrechen wird die Narkose fast vollständig aufgehoben. Manchmal wird es beim weiteren Chloroformiren beseitigt; manchmal muss man das mehrmalige Erbrechen abwarten und von Neuem anfangen. Auf Grund eigener Beobachtung kann ich mich nicht auf Seite derer stellen, welche behaupten, dass das Chloroformiren auf nüchternen Magen das Erbrechen seltener, als bei vollem Magen, entstehen lässt. Langes Widerstehen dem Einflusse des Chloroforms lässt häufig Erbrechen voraussehen. Für zweifellos halte ich, dass manche Chloroformsorten Erbrechen hervorrufen. Das Erbrechen in manchen Fällen und das Ausbleiben desselben in anderen muss man ebenso der individuellen Eigenthümlichkeit des Gehirns einzelner Personen in dessen Reaction gegen das Chloroform zuschreiben, wie die Reihenfolge der anderen Erscheinungen der Narkose. Es muss übrigens angenommen werden, dass auch medicamentöse oder Genussmittel, oder auch krankhafte Zustände diese Reihenfolge beeinflussen können. In der Gruppe der Narkose bei Trinkern treten die Erscheinungen der Alkoholintoxication auch bei der Narkose zu Tage. Es wird sowohl die psychische Erregung, das Wüthen, als auch die früher auftretende Lähmung der Sprechorgane, die abgekürzte und die sehr verlängerte — so zu sagen holprige — Ausathmung beobachtet. Man erhält den Eindruck, als wenn die Wirkung des Chloroforms am leichtesten die Bahnen gehe, welche durch den längeren, häufigen Genuss des Alkohols gewissermaassen eingefahren sind. Manche pathologischen Processe scheinen auch einen gewissen Einfluss auf den Verlauf der Narkose auszuüben. Die Constanz folgender Erscheinungen lässt kaum Zweifel an der Richtigkeit der Beobachtung zu. Chloroformirt man Patienten (ich habe es hauptsächlich an Kindern beobachtet), um eine perineale Lithotomie auszuführen und hat man die Narkose so weit gebracht, dass der Cornealreflex und Reaction auf Kneifen fehlen, so braucht man nur das Messer an den Damm zu setzen, um den Kranken von der Narkose erwachen zu sehen. Man muss noch eine geraume Zeit narkotisiren, ehe die erhöhte Empfindung des Dammes beschwichtigt ist. Desgleichen bei Affectionen des Larynx, wo eine Tracheotomie nothwendig wird. Bei den schon bestehenden Hindernissen für die freie Respiration erwartet man alle möglichen Schwierigkeiten und Gefahren in dieser Richtung von der Wirkung des Chloroforms. Man ist angenehm überrascht, wenn die Narkose eingeleitet ist, über das ruhige, tiefe Athmen. Ohne auf die Richtigkeit meiner Deutung dieser Fälle zu bestehen, halte ich es für sehr wahrscheinlich, dass das Chloroform auf diejenige sensorielle resp. motorische Region des Gehirns, welche durch die Erkrankung in einen beständigen Reizzustand versetzt ist, zuletzt wirkt. — Das frühe Erlahmen der Muskeln des Mundbodens und der Zunge während der Narkose, die am häufigsten bei Trinkern stattfindet, birgt eine der Gefahren, welche, nicht zeitig genug bemerkt, einen letalen Ausgang zur Folge haben kann. Dieser Zustand kann allein als Chloroformasphyxie bezeichnet werden. Anfangs kann man merken, wie das Zwerchfell sich vergeblich anstrengt eine Inspiration zu machen, bald gesellt sich ein schnalzendes oder schnarchendes Geräusch in der Mundhöhle hinzu, es entsteht schliesslich Cyanose. Diese drohenden Erscheinungen werden durch Heben der Unterkieferwinkel leicht beseitigt. Ueber die Technik der letzteren sind wir besonders durch englische Aerzte genügend unterrichtet. — Die genannten Gruppen des Narkosenverlaufes stehen natürlich nicht scharf begrenzt da, es kommen unzählige Abweichungen in den Erscheinungen, die während desselben beobachtet werden, vor. Es geschieht z. B. zuweilen, dass Narkotisirte eine vollkommene Analgesie an den Tag legen, ehe ihr Bewusstsein ganz geschwunden ist, oder es erwacht der Patient und beantwortet die an ihn gerichteten Fragen und verzieht keine Miene, während man ihm die Laparotomiewunde vernäht. — Ich muss annehmen, dass die Function des Gehirns, welche wir Gedächtniss nennen, auch vom Chloroform beeinflusst wird, obwohl man — wenn auch sehr selten — Fällen begegnet, wo die Kranken nach der Narkose Einem ganz genau und richtig den Hergang der ganzen Operation vorerzählen. Statt der coordinirten, freilich oft ziellosen Bewegungen, sieht man tonischkrampfartige Bewegungen einzelner Finger oder Zehen; sehr selten arten die Muskelcontractionen in einen früh beginnenden und fast während der ganzen Narkose andauernden, förmlichen Schüttelfrost aus. Fälle dieser Kategorie rechne ich zur kleinsten, letzten Gruppe der *gefahrdrohenden Narkosen*. — Sie charakterisirt sich sowohl durch exceptionelle Symptome, als durch die gestörte Aufeinanderfolge der Erscheinungen, welche in der II. Gruppe als Norm vorkommen. Meiner Meinung nach erfordern solche Fälle die allergrösste Aufmerksamkeit in Bezug auf die drohende Gefahr. Unter verschiedenen, ungewöhnlichen, anachronen Zufällen treten auch, oft ganz plötzlich, eine Blässe der Hautdecken, ein Herabhängen des Unterkiefers, Erweiterung der Pupillen und Schwinden des Pulses auf — Zustände, die man als Synkope, Sideration, bezeichnet; manchmal hören die Herzcontractionen auf und es werden noch einige Athembewegungen gemacht oder umgekehrt. Es liegt nahe, diese Fälle als durch das Chloroform bewirktes Aufhören der Function der Centren der Circulation und Athmung anzusehen.

Ich selbst habe bisher nicht das Unglück gehabt, einen Patienten durch den Chloroformtod zu verlieren. Nur ein



Mal bin ich zufälliger Zeuge eines Sterbefalles während einer Pleurotomie mit Rippenresection gewesen. Einen Patienten hätte ich beinahe verloren, während ein anderer Chirurg ihm eine kleine Neubildung am Anus entfernte. Bei fortbestehendem Athmen wurde während einer, im Uebrigen gut verlaufenden Narkose der Puls verschwindend klein, der Unterkiefer hing herunter und es trat eine auffallende Blässe des Gesichtes ein. Herabhängen des Kopfes und Aufheben der unteren Extremitäten bewirkten sehr bald eine Besserung des Pulses. Patient, welcher sehr bald erwachte, behauptete, alle die Manipulationen empfunden zu haben. — Während meiner chirurgischen Praxis auf dem Lande habe ich 3 Patienten die Operation versagen müssen, weil die Narkose mit Gefahr verknüpft gewesen wäre. — In dem Falle eines Jungen von 14 Jahren mit Pseudoankylose des rechten Ellenbogengelenkes chloroformirte das erste Mal ein College in meiner Gegenwart, aber sehr rasch. Der Kranke schloss die Augen, antwortete nicht auf Fragen, die Muskeln erschlafften, die Reflexe waren aufgehoben, bei weiterer Narkose wurde der Puls klein und der Unterkiefer hing schlaff herunter; kaum versuchte ich den ersten Schnitt zu machen, so erwachte der Kranke sofort vollständig. Ich glaubte, dass möglicherweise die zu stürmische Narkose schuld sei an den Erscheinungen und versuchte den Kranken nach einigen Tagen sehr vorsichtig und langsam noch einmal zu chloroformiren; der Effect war auf ein Haar derselbe. Aehnlich verhielten sich zur Narkose ein Knabe von 12 Jahren und ein Mädchen von 19 Jahren (beide mit Tumor albus genu). Letzterer konnte ich nur einen periarticulären Abscess ohne Narkose auskratzen. — Wir sind nicht in der Lage vor der Narkose auch nur zu vermuthen, wie sich der zu Chloroformirende verhalten wird. Es würde, glaube ich, vor Allem die klinische Beobachtung, mit Uhr und Notizbuch in der Hand, statistische Daten geben können über die Reihenfolge der auftretenden Erscheinungen und den relativen Werth jeder einzelnen derselben, und uns so die Möglichkeit schaffen, die grössere oder geringere Gefahr, wenigstens während der Narkose, zu erkennen. Solche Beobachtung würde auch die Bearbeitung der Statistik der Chloroformsterbefälle lohnender machen [2]). Letztere bietet einstweilen kaum mehr, als ganz allgemeine, klinisch wenig verwerthbare Daten. — Als Contraindication für die Anwendung des Chloroforms werden in den Büchern die Herzfehler genannt. Zweimal habe ich Kranke mit ausgesprochenen Herzfehlern chloroformirt (Einrenkung einer Luxatio ischiadica und perineale Lithotomie), beide Male habe ich keinerlei auffallende Erscheinungen beobachtet. Besteht keine Compensationsstörung oder ein ausgesprochenes Fettherz, so, glaube ich, braucht man keine besonderen Gefahren bei der Narkose zu erwarten. Scheinbar kann die Verfettung des Herzmuskels nur indirect auf den letalen Ausgang einen Einfluss haben. Beiläufig möchte ich darauf hinweisen, dass das Chloroform nur insofern gefahrvoller ist, als die meisten anderen Mittel, als wir gezwungen sind es in der Dosis zu geben, welche dem zu Operirenden die nöthige Unempfindlichkeit gegen Schmerz schafft. Würden wir z. B. das Morphium in Dosen verabfolgen, welche die gewünschte Wirkung erzielen und uns nicht nur an die pharmakologischen Dosen, sondern an die individuellen Anforderungen halten, so würden wir eine Menge Nebenwirkungen kennen lernen, von denen wir einstweilen keine Ahnung haben und eine Menge Abstufungen in den Dosen finden, welche aber — wie bei der Dosirung des Chloroforms — nicht vorherzusehen sein werden.

Es bleibt mir nur noch übrig, in Kürze auf die zur Belebung beim Chloroformtod vorgeschlagenen Mittel einzugehen. Man muss offen gestehen, dass dieselben sehr empirischer Natur sind. Dementsprechend sind die Indicationen zu ihrer Anwendung und zu der Dauer der letzteren noch weniger begründet. Man ist nicht einig darüber, ob der constante oder der faradische Strom der nützlichere ist. Man weiss nicht, wann und wie lange die künstliche Athmung mit eventuell vorhergehender Tracheotomie anzuwenden ist, ob letztere nicht überhaupt unnütz sei; ebenso wenig weiss man, welche von den physikalischen und chemischen Excitantien anzuwenden sind. Es wird meistentheils alles Mögliche angewandt, bis man müde ist. Ohne auf Feststellung der Indicationen näher eingehen zu können, wollte ich nur die Aufmerksamkeit auf den allgemeinen Gedankengang in der Wahl der therapeutischen Mittel lenken. — Bei dem jetzigen Stande unseres Wissens über den Chloroformtod kann man nicht nur, sondern muss man das Aufhören der Functionen der Centren als Ursache des Todes ansehen. Damit ist die Wahrscheinlichkeit des Auffindens eines pharmaceutischen Antidots aufgehoben. Es fehlt der Ansatzpunct der Wirkung, da mit dem Aufhören der Function des Lebensknotens auch die Circulation aufhört. Wir wissen nicht, ob und wie lange Zeit eine durch Chloroformwirkung functionsunfähig gemachte Nervenzelle belebungsfähig ist. Hat der Chloroformirende nicht den allmälig eintretenden gefahrdrohenden Erscheinungen genügende Aufmerksamkeit geschenkt, oder sind sie plötzlich eingetreten, so steht er rathlos da, wie vor einem anderen unbekannten pathologischen Zustande und kann alles Mögliche, meist vergeblich, zur Belebung des Kranken versuchen. In Fällen, wo die Athmung früher aufhört, als die Herzcontractionen, wäre die künstliche Respiration zuerst vorzunehmen. Ist das Umgekehrte der Fall, so sind vor Allem Excitantien (kalte Anspritzungen, heisse Compressen, Heben der unteren Extremitäten bei herabhängendem Kopf, Electricität), dann die künstliche Athmung anzuwenden. Ueber die Dauer der Anwendung der künstlichen Athmung ist ebenso wenig Bestimmtes auszusagen, wie in Betreff der Indicationen überhaupt. Ich für meine Person würde, sobald nach einer etwa halbstündigen Anwendung der künstlichen Respiration, nicht irgend welche Erscheinungen des wiederkehrenden Lebens (Pupillenveränderung, Herzschläge) vorhanden sind, von weiterem Manipuliren an dem Todten abstehen. — Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass auch bei der Chloroformnarkose Fälle, wie der Dupuytren'sche (aus der Zeit vor dem Gebrauch des Chloroforms), vorkommen können, wo Patienten vor Schreck sterben (Shock). Für solche, wie auch für viele Fälle der letztgenannten, gefahrdrohenden Gruppe giebt es kein Mittel und es wäre richtiger in 1 auf 200 Fällen von der Operation abzustehen, als 1 auf 12,000 zu opfern.

Als mein Vortrag fertig geschrieben war, erfuhr ich, dass in Virchow's Archiv, Band CXVIII eine experimentelle Arbeit aus dem Berliner pathologisch-anatomischen Institut erschienen sei. Sie ist von dem Veterinärarzt Ostertag verfasst und behandelt die Nachwirkung der

[2]) In der eben erschienenen № 3 der „Med. Obosr." fand ich ein recht ausführliches Autorreferat eines Vortrages von Dr. Djakonow, betitelt: „11 Beiträge zur Erklärung des klinischen Bildes des Chloroformtodes". Der Vortrag wurde im Januar d. J. in der Moskauer chir. Gesellschaft gehalten und bezieht sich auf 95 Fälle von Chloroformtod, welche D. aus dem Zeitraum 77—88 in der Literatur hat sammeln können. Seine Arbeit bildet eine Fortsetzung der statistischen Arbeiten Kappeler's über 101 Chloroformtodesfälle aus den Jahren 1865—76. Die Section hat in den meisten Fällen nichts Besonderes zu Tage gefördert. Der Autor zieht folgende Schlüsse aus seiner Arbeit: Männer sind dem Chloroformtode mehr ausgesetzt als Frauen; das gefährlichste Alter sind 31—45 Jahre. Die chemische Untersuchung des Chloroforms ist wichtig. Der Chloroformtod wird häufiger durch Herzstillstand als durch Asphyxie bedingt; wenn ersterer oder letztere nicht plötzlich auftreten, so können die Verfärbung der Hautdecken (Blässe oder Cyanose) und Dilatation der Pupillen die herannahende Gefahr anzeigen.

Es müssten bei drohendem oder eintretendem Tode häufiger Mittel, welche auf's Herz wirken, in Gebrauch gezogen werden; besondere Aufmerksamkeit verdienen in dieser Beziehung Einspritzungen von erwärmter sterilisirter Kochsalzlösung (subcutan, per rectum oder intraperitoneal). Am häufigsten sterben die Kranken während der tiefsten Narkose. Wie aus Vorstehendem ersichtlich, fördert die statistische Untersuchung der Sterbefälle nicht viel klinisch Verwerthbares zu Tage und giebt uns über die Todesursache keine Aufklärung.

Chloroformnarkose, sich anlehnend an klinische Fälle von Tage und Wochen lang nach der Narkose erfolgtem Tode, welcher der letzteren als Ursache zugeschrieben worden.

Es ist vom Verf. eine Reihe von Experimenten an Tauben, Mäusen, Meerschweinchen, Katzen und Hunden angestellt, wobei die Thiere mehrere Tage hinter einander zu 1 bis über 2 Stunden lang chloroformirt wurden, bis sie starben. Die inneren Organe und Muskeln, ausgenommen das Gehirn und die Lungen, welche in einem Zustande von Oedem gefunden wurden, wurden mikroskopisch untersucht. — Der Autor hat sich besonders bemüht, die parenchymatöse Trübung der inneren Organe und Muskeln zu suchen. Diese ist auch, wie auch von früheren Forschern, gefunden worden, aber in einem für die Dauer der Chloroformnarkose und bei den verschiedenen Thiergattungen sehr ungenügenden Grade, um die Todesfälle damit zu erklären. — Als positive Sectionsbefunde muss man das dunklere, schwach gerinnungsfähige Blut, das contrahirte Herz — ein Umstand, welcher auch den Autor stutzig macht — und die ungleich auf die Muskeln des Körpers vertheilte Leichenstarre ansehen. Die Beobachtung des Blutes der am Chloroformtode gestorbenen Thiere unter dem Mikroskop wies einen Zerfall der rothen Blutkörperchen nicht nach, das Spectroskop förderte nicht Hämoglobin-Absorptionsstreifen zu Tage. Auf Grund jedoch der Untersuchung des Blutes aus einem abgebundenen und der Einwirkung des Chloroforms ausgesetzten Kaninchenohre, bei welcher Verf. kleinere und blassere rothe Blutkörperchen als im Blute des Controllohres fand, weiter auf Grund des Befundes von Gallenfarbstoffen im Harn mancher Versuchsthiere, allerdings häufig erst 2 Tage nach der Narkose erscheinend — und auf Grund des früher auftretenden Zerfalles der Blutkörperchen bei percutaner Einführung des Chloroforms, als nach Inhalationen, nimmt Ostertag an, dass ein Zerfall der Blutkörperchen und der Eiweissstoffe im Körper durch die Wirkung des Chloroforms stattfinde. Das Darniederliegen der Gehirnfunction nach der Narkose ist wohl in den Experimenten kurz notirt, aber nicht weiter berücksichtigt. Für die vom Autor angenommene Blutüberfüllung mit Kohlensäure habe ich in seiner Arbeit ausser dem Hinweise darauf, dass die Thiere oberflächlicher athmen und in den Respirationsmuskeln körnige Trübung der Muskelfibrillen beobachtet wird, keine sonstige Stütze gefunden.

Ich erlaubte mir, m. H., ihre Zeit und Aufmerksamkeit in Anspruch zu nehmen, weil es einerseits augenscheinlich ist, dass die bisher eingeschlagene Richtung der Untersuchung nichts Positives gebracht hat und, wie die neuesten angeführten Forschungen zeigen, nicht zu bringen im Stande ist, andererseits, weil die klinischen Erscheinungen Einem die Ueberzeugung aufdrängen, dass das Gehirn der Angriffspunct der pathologisch-anatomischen und experimentellen Untersuchung werden muss. Es könnten sich vielleicht die durch Chloroformwirkung lebensunfähig gemachten Nervenzellen der Medulla oblongata zu Tinctionsmitteln anders verhalten, als die Zellen anderer Partien des Gehirns.

Sollte mein Vorschlag den der wissenschaftlichen Forschung entsprechend situirten Collegen eine Anregung geben und der angedeutete Weg früher und mehr Licht in die Frage über die tödtliche Wirkung des Chloroforms bringen können, so wäre das Ziel dieses Vortrages erreicht.

Februar 1890.

Referate.

Gravitz: Die Tuberculose in der preussischen Armee. (Deutsche Milit. Zeitschr. Heft 10, 1889).

Die Medicinal-Abtheilung des Kriegsministeriums hat es für zweckmässig erachtet, die Sectionsprotokolle mit den dazu gehörigen Krankengeschichten aus den Garnisonslazarethen zu sammeln und die einzelnen Gruppen einer umfassenderen Bearbeitung unterwerfen zu lassen, als es in den Sanitätsberichten über die Armee möglich ist. Es wurden zunächst die Leichenbefunde vom 1. Mai 1881—31. Dec. 1887 gewählt, in der Zahl von 2593.

Als Todesursachen liessen sich erkennen: Typhus 339; Krankheiten des Nervensystems 182; Tuberculose 470; Krankheiten der Athmungsorgane (ausschliesslich Tuberculose) 443 etc. — Diejenigen Gruppen dieser Leichenbefunde, welche sich zu einem Gesammtbild haben gestalten lassen, sind von verschiedenen Sanitätsofficieren der Bearbeitung unterzogen, als erste die *Tuberculose* von Gravitz.

Leider erlaubt der Raum es nicht genauer auf diese interessante Arbeit einzugehen. In Kürze sei Folgendes von dem Inhalt erwähnt:

Betreffs der „Dauer der Erkrankungen", bei deren Bestimmung ausschliesslich die Daten der Lazareth- und Revierbehandlung benutzt sind, ergiebt sich als Zeitraum von der ersten Krankenmeldung bis zum Eintritt des Todes 2 Tage bis 36 Monate, am häufigsten 2—3 Monate (31 und 33 Fälle unter 221). — Rechnet man zur acuten Tuberculose alle die Fälle, die innerhalb der ersten drei Monate mit dem Tode endeten, so sind derselben *167* Fälle; es bleiben mithin für die chronische Form der Tuberculose *54* Fälle nach. Verf. führt darauf eine Menge Fälle an, aus denen sich auffallender Weise ergiebt, dass die betreffenden Leute bis wenige Tage vor ihrem Tode im Frontedienst gestanden, alle ihre Dienstobliegenheiten erfüllt haben und bei der Leichensection bis faustgrosse Cavernen in den Lungen vorgefunden worden sind. — Als äussere und innere Ursachen der Erkrankungen in den einzelnen Fällen ergeben sich: a) durch den Dienst hervorgerufene Schädigungen: Stoss vor die Brust mit dem Bajonett, durch Hufschlag; Hämoptoe nach Anstrengungen, beim Blasen, Reiten, Wachtdienst, Schwimmen, Laufschritt, Sprung in's Wasser; Verletzung von Knochen und Gelenken, Quetschung des Hodens; b) ohne dienstliche Schädigung: Knochen- und Gelenkentzündungen, Schwellung und Verkäsung der Halsdrüsen, Rachendiphtheritis, periproktaler Abscess; im Anschluss an überstandene Krankheiten, als Typhus, Pneumonie, Gelenkrheumatismus etc.

Was die Gruppirung betrifft, so waren „nach den Eingangspforten des Tuberkelbacillus in den menschlichen Körper" als Primärsitz zu erkennen: 1) 152 Mal die Luftwege; 2) 9 Mal der Verdauungscanal; 3) 2—3 Mal äussere Verletzungen; 4) 33 Mal war ätiologisch die primäre Erkrankung anderer Organe nicht nachweisbar. Von den genannten 152 Fällen in den Luftwegen waren in 104 Fällen das Lungengewebe, 41 Mal die Pleura, 7 Mal die Bronchialdrüsen der Ausgangspunct. — Den Hauptgrund für die primäre Entwickelung des Bacillus sieht Verf., gleich Freund, Rühle, Strümpell, Sée etc., in der mangelhaften Ventilation der Lungenspitzen, dabei aber auch in Secretstauungen in den wenig beweglichen Lungenspitzen und in Inhalationen von Staubtheilchen verschiedenster Abstammung, dann in Traumen, die den Brustkorb treffen (Leyden'sche traumatische Phthise). Beispiele erläutern die Ansicht.

Verf. betont, dass trotz ihrer ätiologischen Gleichartigkeit die „acute Miliartuberculose" ganz besonders verschieden von den tuberculösen Entzündungsprocessen in der Lunge ist. In 32 Fällen war der Primärsitz der acuten Miliartuberculose in den Luftwegen, und zwar 20 Mal in der Lunge; davon 17 Mal in der Spitze, 3 Mal in den unteren Partien, 8 Mal in der Pleura, 4 Mal in den Bronchialdrüsen. — Gerade diese Fälle sind für die militärärztliche Praxis wichtig, da sie zum grössten Theil Männer von kräftigem Körperbau betrafen, die plötzlich mit Fieber, allgemeiner Abgeschlagenheit und besonders häufig gastrischen Erscheinungen erkrankten, so dass häufig erst die Leichenöffnung im Stande war, den bestimmten Nachweis der Erkrankung zu liefern. — Meist fand sich ein alter tuberculöser Herd in den Lungenspitzen, entweder eine oder mehrere kleine ulceröse Höhlen oder solide käsige Knoten fast immer von schiefrig-indurirtem Gewebe umgeben, von welchen die Infection ausgegangen war. Verf. meint, dass der Ursprung dieser tuberculösen Erkrankungen in die erste Lebensperiode dieser Menschen zu versetzen sei, indem der intime Verkehr des Kindes mit den tuberculösen Eltern für ersteres die grössten Gefahren durch directe Uebertragung der Bacillen bietet (in der gegebenen Arbeit von 221 Fällen 27 % erblicher Belastung); dann aber ist zu erwähnen, dass eine Ernährung der Kinder mit Milch von perlsüchtigen Kühen dem Bacillus Eingang in den kindlichen Organismus gewähren kann. — Bei den genannten 32 Fällen von Miliartuberculose mit Primärsitz in den Luftwegen fanden sich 27 Mal Metastasen in der weichen Hirnhaut, 12 Mal in den Nieren, 9 Mal in der Leber, je 8 Mal in der Milz und im Darm, 4 Mal im Peritoneum, 3 Mal im Pericardium, 2 Mal in den Nebennieren, je 1 Mal in der Blase, Prostata, Samenbläschen, Hoden. — Betreffs der Herkunft der Bacillen, die in jedem einzelnen Falle die Luftwege inficirt haben, kann man wohl in einzelnen Fällen eine Selbstinfection aus alten tuberculösen Herden, welche aus der Jugendzeit stammen, annehmen, jedoch alle Anderen müssen irgendwo Gelegenheit gehabt haben, bacillenhaltiges Material einzuathmen. Hier betont Verf. hauptsächlich die Wohnungen der Mannschaften und das Zusammenleben mit schon mit Tuberculose behafteten Menschen, deren ausgeworfene Sputa im Raume trocknen und die Gelegenheitsursache zur Infection bieten; gleichfalls dient die Kleidung der an Tuberculose Erkrankten zur Infection, falls sie nicht vorher mittelst heisser Dämpfe desinficirt worden ist. Beim Primärsitz im Darm hat man wohl eine intestinale Infection durch Nahrungsmittel anzunehmen, doch wird der Nachweis im betreffenden Falle schwierig sein. Betreffs des Primärsitzes in anderen Orga-



nen ist stets eine Einwanderung des Bacillus durch eine der erwähnten Eingangspforten, oder auf dem Wege einer Verletzung der Körperoberfläche anzunehmen.

Zum Schlusse fügt Verf. eine statistische Uebersicht über die Erkrankungen und Todesfälle an Tuberculose, welche sich auf die Gesammtziffern bei der preussischen Armee stützt, hinzu. — Es ergeben sich für die 5-jährige Zeitperiode von 1879—1883 folgende Durchschnittszahlen von Erkrankungen an Tuberculose in den Armeen von: England 10,0‰, Oesterreich 4,8‰, Belgien 4,3‰, Preussen 3,12‰, Frankreich 2,6‰; und von Todesfällen an Tuberculose: England 2,14‰, Oesterreich 1,7‰, Frankreich 1,11‰, Belgien 1,0‰, Preussen 0,83‰.

[Verf. hat nicht erwähnt, wie gross die Zahl der in die Heimath als dienstunfähig entlassenen tuberculösen Soldaten ist; nur bei Beachtung dieser Zahl hat die Zahl der Mortalität einen Werth.]

Grimm.

H. W. Freund: Ueber die Anwendung des Ichthyols bei Frauenkrankheiten. (Berl. klin. W. № 11).

Verf. berichtet über die günstigen Resultate, die bei Behandlung gewisser entzündlicher Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit Ichthyol in der Strassburger gyn. Klinik und in der Privatpraxis erzielt wurden. In Bezug auf die Wirkungsart des I. erwähnt Verf. nur, dass es „die oft gerühmte Eigenschaft desselben als eines unübertrefflichen local entzündungswidrigen Mittels mit auffälliger schmerzstillender Wirkung war, welche seine Anwendung bei den in Rede stehenden Sexualleiden versuchen liess". Namentlich sind es chron. Parametritis, chron. und subacute Perimetritis mit Exsudationen oder Strangbildungen, chron. Metritis, Entzündungen der Ovarien und Tuben, sowie deren Umgebung, Erosionen am Collum und Pruritus der äusseren Genitalien, bei denen das Ichthyol ganz überraschend schnelle und vollkommene Heilresultate herbeiführte, wobei nicht nur die ungewöhnliche resorbirende Kraft desselben, die dicke Narben weich und dehnbar macht und starre Exsudate rasch zum Schwinden bringt, sondern auch die eminent schmerzstillende Wirkung gerühmt wird. Die Applicationsweise ist gleichzeitig eine äusserliche und eine innerliche. Aeusserlich wird es als 5%-ige Mischung mit Glycerin auf Wattetampons in die Vagina gebracht und „bei energischen Resorptionscuren" auch noch als Salbe mit Lanolin ãã oder als Schmierseife (Ammon. sulfo-ichthyol. 8,0, Sap. virid. 80,0) in die Bauchdecken eingerieben. Innerlich giebt Freund dragirte Pillen, anfangs zu 0,1 drei Mal täglich, später wird die Dosis verdoppelt, oder Suppositorien zu 0,05—0,2 mit Butyr. Cacao. Bei Erosionen wird das reine A. sulfo-ichthyol. aufgepinselt, bei Pruritus die obige Salbenform oder eine 10% wässrige Lösung angewandt. Bei der innerlichen Anwendung wird namentlich das Allgemeinbefinden günstig beeinflusst, der Appetit hebt sich, die Verdauung regulirt sich. Uebele Wirkungen wurden in keinem Falle beobachtet. Der schlechte Geruch kann durch Cumarin beseitigt werden.

Ausdrücklich hervorgehoben wird von Freund, dass man nicht in allen Fällen erwarten darf mit dem Ichthyol allein zum Ziele zu gelangen, vielmehr wird dasselbe oft nur eine vorbereitende Rolle zu spielen haben, oder wo der gewünschte Effect ausbleibt, einer erfolgreicheren Behandlung mit Massage oder Electricität Platz machen müssen. Immerhin sind die angeführten Resultate sehr bemerkenswerthe und weitere Versuche mit dem Mittel wohl angezeigt.

Schrenck.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Hermann Brehmer: Mittheilungen aus Dr. Brehmer's Heilanstalt für Lungenkranke. gr. 8°. 374 S. Wiesbaden 1889. J. F. Bergmann.

Die letzte literärische Gabe des nun verstorbenen, um die Behandlung der Phthise verdienten Autors. Aus seiner Feder sind der Jahresbericht und ein Bericht über die Windverhältnisse im Görbersdorfer Thale. Die ätiologischen Ausführungen im Jahresberichte decken sich vollständig mit dem, was er in seinen beiden letzten Publicationen mitgetheilt hat, seine Abhandlung über die Windverhältnisse im Görbersdorfer Thale ist dem Nachweis gewidmet, dass *seine* Anstalt gar keinen Wind hat, während die Römpler'sche Anstalt, welche an die seinige grenzt, sich dieses Vorzugs nicht erfreut. Die Schlussfolgerungen werden dem einsichtigen Leser überlassen.

Die übrigen Abhandlungen betreffen zum Theil praktische Fragen. Für die Behandlung der Larynxphthise werden Einträufelungen von Milchsäure empfohlen, praktische Rathschläge für Sputumuntersuchungen werden ertheilt, die Fluorhydrogen-Inhalationen werden auf Grundlage von Versuchen abgelehnt.

Wysokowicz weist in einer sehr mühevollen Arbeit nach, dass die Bacterien aus den Luftwegen zwar sehr leicht und sehr schnell sowohl in das Lungengewebe, als auch in die nächsten Lymphdrüsen übergehen können; dass aber aus intactem Lungengewebe Bacterien, die darin nicht wachsen und sich vermehren, unter keinen Umständen in's Blut überzugehen vermögen.

Es wäre zu wünschen, dass ein solcher Jahresbericht keine vereinzelte Erscheinung bliebe, sondern alljährlich wiederkehrte.

Max Schmidt.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 1. November 1889.

Vor der Tagesordnung gedenkt der Präses des am 26. October a. c. verstorbenen ordentlichen Mitgliedes, des Dr. med. Th. Meyer. Die Anwesenden erheben sich zu Ehren des Verstorbenen von ihren Sitzen.

1) Dr. Rulle weist nach seinen Angaben bereitetes Fleischpulver vor. Gutes Rindfleisch wird in Lamellen oder Würfel zerschnitten, an der Luft getrocknet, dann an einen warmen, trockenen Ort, etwa Backofen, gebracht und schliesslich in einem Mörser zu einem feinen Pulver zerstossen. Vortr. ist mit diesem Pulver äusserst zufrieden und kann es den Collegen auf's Wärmste empfehlen. Die Pat. nahmen es stets gern und zwar mit Leichtigkeit pro die ein Quantum Pulver, welches 3 ℔ Fleisch entspricht. Es besitzt einen schwachen, an Bouillon erinnernden Geruch und keinen unangenehmen Geschmack. Bei Phthisikern und hydropischen Kranken besonders hübsche Resultate, auch einige Male beim Magenkrebs, Schwinden der bedrohlichen Erscheinungen und Zunahme des Körpergewichts. Trockene Darreichung des Pulvers, falls dem Körper die Flüssigkeit entzogen werden soll, oder aber mit Wein, Milch, Citronensaft etc.

Dr. Wolferz bestätigt die günstigen Eigenschaften des Fleischpulvers. Besonders gern nahmen es seine Kranken in Bouillon.

Dr. Holst hat mit aus Moskau bezogenem Fleischpulver schlechte Erfahrungen gemacht, der Geruch war widerlich. Auch mit hiesigem Pulver hat er es erlebt, dass es Pat. zuwider wurde. Er kann einen Vorzug dem Pulver vor gewöhnlicher Fleischnahrung nicht einräumen, so lange letztere gut genommen wird.

2) Dr. Hehn: „Casuistische Mittheilung".

In einer hiesigen Familie sind unmittelbar hinter einander 3 erwachsene Personen unter vollkommen übereinstimmenden Symptomen erkrankt und nach kurzer Krankheitsdauer verstorben. Diese auffallenden Erscheinungen lassen auf eine Vergiftung schliessen. Am Abend des 7. Oct. 1889 assen 3 Personen, Bruder, Schwester und Dienstmagd, marinirten Lachs. Ein vierter Hausgenosse, welcher am betreffenden Abend nichts von dieser Speise zu sich genommen, ist vollkommen gesund geblieben. Der Fisch war angeblich vor 8 Tagen gesotten und dann in Essig eingelegt. Während der letzten Tage ist mehrfach ohne jeden Schaden vom Fisch gegessen worden. Die Nacht vom 7. auf den 8. Oct., ebenso der nächstfolgende Tag verliefen ohne jedes alarmirende Symptom, nur am Abend war bei allen dreien der Appetit sehr gering. 28 Stunden nach stattgehabtem Fischgenuss wurde ärztliche Hülfe requirirt. Die Dienstmagd, 56 a. n., hatte mehrfach erbrochen, klagte über allgemeines Schwächegefühl und leichten Schwindel, wurde aber vornehmlich beunruhigt durch das zunehmende Unvermögen zu sprechen und zu schlucken bei unversehrtem Bewusstsein. Die dick belegte Zunge kann nur wenig vorgestreckt werden, im Pharynx nichts Auffallendes. Sprache lallend, unverständlich. Im Gesicht besondere Schlaffheit und Mangel an mimischem Ausdruck bemerkbar. Pupillen, von mittlerer Weite, reagiren träge. Apathische Stimmung. Respiration oberflächlich, Puls mässig beschleunigt, weich, jedoch ziemlich voll. — Während der Nacht noch einige Male Erbrechen von Flüssigkeit und Speisebrei, in welchem keine Fischreste zu erkennen sind. Das Vermögen zu schlucken und zu sprechen hört ganz auf. Unter sinkender Respirations- und Herzenergie, anscheinend bei erhaltenem Bewusstsein, stirbt Pat. am 9. Oct. 11 Uhr Morgens.

Unter genau denselben Erscheinungen erkrankten die beiden anderen Pat., 49-jähriger Mann und 51-jährige Frau, ersterer stirbt am 10. Oct. 1 Uhr Morgens, letztere am selben Tage 11 Uhr Morgens. Beide fühlten sich ebenfalls am Abend des 8. Oct. schon unwohl, bei beiden zunächst Erbrechen. Auch hier als besonders in die Augen springende Symptome: Schlingbeschwerden und Sprachstörungen, dabei auffallende Apathie neben ungetrübtem Bewusstsein.

Die therapeutischen Maassnahmen (Reizmittel, wie Liq. Ammonii anis., Injectionen von Aeth. sulf., Wein per os und per rectum) waren ohne jeden auch nur vorübergehenden Erfolg.

Nach sorgfältigstem Ausschliessen jeder anderen Möglichkeit sieht Vortr. sich genöthigt auf ein unbekanntes, im genossenen Lachs enthaltenes Gift zu recurriren.

Dr. Schultz verliest das Protokoll der an der zuerst verstorbenen Pat. ausgeführten Section, 22 Stunden post mortem vorgenommen. Die Section der beiden anderen Leichname ist leider verweigert worden. Sectionsresultat negativ, eine specielle Giftart nicht aufgefunden. Zwei auffallende Umstände müssen jedoch hervorgehoben werden. Zunächst contrastirt eine sonderbare Wärme der Leiche (dieselbe ist in einem kalten Raum aufbewahrt gewesen) mit dem vorhandenen Fäulnissgeruch und der vollentwickelten Leichenstarre. Ferner ist an den Herzklappen eine fast schwarze Imbibition nachzuweisen, wie sie nur bei Sepsis oder Leichenfäule beobachtet wird. Beides ist auszuschliessen; gegen Sepsis spricht sicher die derbe Beschaffenheit der Milz.

Bezüglich einer Erklärung der Giftigkeit des in Frage stehenden marinirten Lachses weist Dr. Hehn auf die Möglichkeit



hin, dass die voluminöseren Stücke trotz Kochens im Centrum nicht von der Siedhitze angegriffen wurden und spricht Dr. Wolferz den Verdacht aus, dass das betreffende Stück Lachs nur zum Theil im Essig gelegen, in den der Luft ausgesetzten Partien sich aber die schädlichen Toxine entwickelt hätten.

Dr. Schultz: Von dem marinirten Lachs ist so wenig übrig erhalten, dass eine Untersuchung nicht möglich gewesen. Fütterungsversuche mit rohem Lachs sind an Hunden und Katzen ohne Schaden für die Thiere angestellt worden. In manchen Ländern, z. B. in England ist der Verkauf des Lachses als gesundheitsschädlich während der Jahreszeit, in welcher er eine weissliche Farbe annimmt, untersagt. Hier bei uns ist er stets käuflich zu erhalten.

Dr. Schmidt erinnert sich der Krankengeschichte eines im Kaukasus beobachteten Falles von Fischvergiftung, wo als besonders charakteristisches Symptom eine excessive Trockenheit der Mundhöhle und des Rachens angegeben worden ist. Durch Pilocarpin-Injectionen wurde die Speichelsecretion wieder in Gang gesetzt, Pat. genas.

Dr. Hehn muss für seine Fälle eine Trockenheit des Mundes entschieden bestreiten. Nach einer mündlichen Mittheilung eines Verwandten der Verstorbenen, eines in Moskau prakticirenden Arztes, entspricht das Bild der daselbst namentlich zur Fastenzeit nicht selten zu beobachtenden Vergiftungsfälle durch Fische ziemlich genau den obigen 3 Fällen, die Pat. starben sämmtlich.

3) Dr. Bernsdorff legt die Temperaturcurve eines an Pneumonia fibrinosa erkrankten 1¹/₄-jährigen Kindes vor. Plötzliche Erkrankung mit hohem Fieber, vorher stets gesund. Kein Erbrechen, kein Husten, keine auffallende Athemfrequenz, percutorisch und auscultatorisch nichts Abnormes. 7 Tage hindurch intermittirender Temperaturverlauf. Vom 4. Tage Tags und Nachts dreistündliche Messungen. Am 7. Tage wies die Temperatur beispielsweise folgende Sprünge auf: 12 U. Nachts 37,5, 12 U. Mittags 39,4, 9 U. Abends 37,8. Am 8. und 9. Tage hohe Continua, vom 10.—13. Tage lytischer Abfall. Erst der 8. Tag brachte Aufklärung, in der linken Axillarlinie gedämpft tympanitischer Schall, leises bronchiales Athmungsgeräusch. In den nächsten Tagen intensive Dämpfung hier und nach hinten oben, lautes bronchiales Athmen, hernach Lösungsrasseln etc. Husten stellte sich erst ein, als die Pneumonie in Lösung überging. — Zu Anfang rein exspectative Behandlung, also keine künstliche Herabsetzung durch Antipyretica. — Das Fehlen der Febris continua, verbunden mit den sonstigen negativen Symptomen, liess im vorliegenden Falle den Gedanken an eine Pneum. fibrin. nicht aufkommen. Derartige Temperaturschwankungen bei Beginn einer fibrin. Pneumonie werden in den bekannten Handbüchern von Henoch, Eichhorst und Niemeyer garnicht erwähnt.

Dr. Hampeln hat 2 Mal (Kind von 5 Jahren und ein Erwachsener) zu Beginn einer echten fibrinösen Pneumonie intermittirendes Fieber beobachtet. In beiden Fällen 2 tiefe Intermissionen, dann hohe Continua und erst jetzt Nachweis der Lungenentzündung. Während bei catarrhalischer Pneumonie Unregelmässigkeiten der Temperaturcurve nichts Seltenes, so gehört doch jedenfalls das Fehlen der Continua bei Beginn der reinen fibrinösen Form zu den grössten Seltenheiten.

z. Z. Secretär: Bernsdorff.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Heidenhain (Cöslin) theilt zwei Fälle aus der gerichtsärztlichen Praxis mit, in denen die Verletzten, die einen Schädelbruch erlitten (Schlag auf den Kopf), nach dem erlittenen Trauma noch einen weiten Weg nach Hause (einer erst zum Arzt) machten und dort erst, nachdem sie sich zu Bett gelegt, rasch starben. H. folgert daraus, dass die horizontale Lage die tödtliche Blutung eintreten liess und verlangt, dass man als *ersten therapeutischen Eingriff bei Blutungen innerhalb des Schädels* den Patienten viele Stunden lang in aufrechter sitzender Stellung halte (im Gegensatz zur horizontalen Lage bei Ohnmacht), nicht in's Bett lege. Dazu können dann Eisblase auf den Kopf, heisse Fussbäder, rasch wirkende Abführmittel etc. kommen.

(Berl. klin. Woch. № 6.)

— Mit Hinweis auf seinen in der Berl. physiol. Gesellschaft gehaltenen Vortrag behauptet Liebreich, entgegen den Angaben von Buzzi und Santi, dass *Lanolin in der menschlichen Haut* vorkomme. (Therap. Mon. № 2).

Vermischtes.

— Der ordentliche Professor der Staatsarzneikunde an der Universität Dorpat, Wirkl. Staatsrath Dr. B. Körber, ist, dem „Circ. für den Dorpat. Lehrbezirk" zufolge, nach Ausdienung von 25 Jahren auf weitere 5 Jahre bestätigt worden, mit der Verpflichtung, seine Vorlesungen in *russischer* Sprache zu halten.

— Zum gelehrten Secretär des Medicinalrathes an Stelle des Geheimrath Dr. Lenz ist, wie verlautet, Prof. W. v. Anrep gewählt und bestätigt worden.

— Zum Nachfolger des verstorbenen Prof. E. v. Wahl auf dem Lehrstuhl der Chirurgie an der Universität Dorpat ist der ehemalige Docent dieser Universität, Staatsrath Dr. Wilhelm Koch, gerechnet vom 10. März ab, ernannt worden.

— *Befördert: Zum Geheimrath* — der Corpsarzt des 10. Armeecorps, Dr. Kadazki, unter Verabschiedung wegen Krankheit.

— *Ernannt:* Der Divisionsarzt der 2. Grenadier-Division, Staatsrath Dr. Wyssokossow — zum Corpsarzt des 12. Armeecorps; der Wirkl. Staatsrath Dr. Nekrassow — zum Corpsarzt des 5. Armeecorps; der Wirkl. Staatsrath Dr. Archangelski — zum Dirigirenden des Mobilisationswesens der Ober-Militär-Medicinalverwaltung.

— *Verstorben:* 1) Am 15. März in Orel der Stabsarzt Staatsrath Dr. Carl Dietrich Luther im 76. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war aus Reval gebürtig und hatte seine med. Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1835—40 Medicin studirte. Nach Absolvirung des Cursus wurde L. Militärarzt und diente als Arzt in verschiedenen Infanterieregimentern, vom Jahre 1846 an aber anfangs als jüngerer Arzt dann als Oberarzt am Bachtynschen Cadettencorps (dem nachmaligen Militärgymnasium) in Orel. Im J. 1886 nahm er nach 46-jährigem Dienst seinen Abschied und verlebte die letzten Jahre in Orel, welches ihm zur zweiten Heimath geworden war. Eine zahlreiche Familie und viele Freunde betrauern den Tod des Entschlafenen. 2) In *Welikije Luki* der ehmalige Kreisarzt Staatsrath Dr. Carl Schwede im Alter von 63 Jahren. Der Verstorbene stammte aus Livland und studirte von 1844—49 Medicin in Dorpat. Nach Erlangung der Doctorwürde i. J. 1850 war Sch. anfangs Assistent der Universitätsklinik in Dorpat, dann Arzt an einem Hospitale in Petrosawodsk und zuletzt Kreisarzt in Welikije Luki. Der „Pleskauer Anzeiger" widmet ihm einen warmen Nachruf. 3) Am 19. März in St. Petersburg der Gehilfe des Oberarztes des klinischen Militärhospitals und Privatdocent der gerichtlichen Medicin an der militär-med. Academie, Staatsrath Dr. Johann Werewkin, im 52. Lebensjahre. Wie wir dem „Wratsch" entnehmen, war der Verstorbene deutscher Herkunft und Lutheraner und hatte seine medicinische Bildung auf der medico-chirurgischen Academie erhalten, an welcher er nach Absolvirung des Cursus i. J. 1862 zur weiteren Ausbildung im Professoren-Institute belassen wurde. W. hatte die gerichtliche Medicin zu seinem Specialfach gewählt und durch seine wissenschaftlichen Leistungen schon lange das Anrecht auf eine Professur erworben, musste sich aber mehr als 20 Jahre mit dem bescheidenen Titel eines Privatdocenten begnügen. Die meisten seiner wissenschaftlichen Arbeiten hat der Verstorbene in dem von Prof. Tschistowitsch begründeten (vor einigen Jahren bereits eingegangenen) „Medizinski Westnik", an dessen Redaction er thätigen Antheil nahm, veröffentlicht.

— Dr. P. W. Burshinski hat sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie als *Privatdocent für interne Medicin* an der genannten Academie *habilitirt.*

— In der am 21. März stattgehabten Sitzung der St. Petersburger Duma wurde die Frage bezüglich der *Stiftung eines bleibenden Andenkens an den verstorbenen* Prof. Botkin, welcher als Stadtverordneter und Inspector der Stadthospitäler sich um die Stadt verdient gemacht hat, endgültig entschieden. Es wurde beschlossen das städtische Barackenhospital, dessen Curator er war, „Botkin'sches Barackenhospital" zu benennen, ferner das Porträt Botkin's im Sitzungssaal der Duma, sowie in allen städtischen Hospitälern und Armenhäusern aufzuhängen. Ein zweiter von den Stadtverordneten *Kedrin* und *Lermontow* gestellter Antrag, eine Summe von 3000 Rbl. zu bewilligen, aus deren Zinsen Prämien auf den Namen Botkin's für die besten medicinischen Arbeiten zur Vertheilung gelangen sollten, fand nicht die Zustimmung der Majorität.

Auf der Tagesordnung dieser Sitzung stand auch der Vorschlag der städtischen Hospitalcommission, bei dem städtischen Alexanderhospital, gegründet zum Andenken an den 19. Februar 1861, *das Amt eines Prosectors zu creiren* und mit einem Gehalt von 2100 Rbl. jährlich zu dotiren. Da die Finanzcommission gegen die sofortige Bewilligung der 2100 Rbl. für die Gagirung des Prosectors protestirte, so beschloss die Versammlung (mit 43 Stimmen gegen 7) die Entscheidung dieser Angelegenheit bis zur Berathung der projectirten neuen Etats der Stadthospitäler zu vertagen.

— *Die Hauptverwaltung der Russischen Gesellschaft des Rothen Kreuzes* beschloss, zur Erinnerung an das 25-jährige Regierungs-Jubiläum des hochseligen Kaisers Alexander II., unter dessen Schutz die Gesellschaft entstanden ist, eine *„Alexander-Prämie"* zu stiften, die für die besten Erfindungen auf dem Gebiete der Verpflegung kranker und verwundeter Krieger ertheilt werden sollte. Am 14. März 1880 wurde dieser Beschluss der Hauptverwaltung des Rothen Kreuzes *Allerhöchst* bestätigt und sodann in kürzester Zeit ein Prämienfonds von 15,126 Rbl. unter den Mitgliedern der genannten Gesellschaft im ganzen Reiche gesammelt. Es wurden nun die Concursbedingungen ausgearbeitet und beschlossen, alle zwei Jahre zwei Prämien zu 1000 Rbl. und 500 Rbl. aus den Procenten des gesammelten Capitals auszuzahlen. Die erste Concurrenz fand am 1. December 1883 statt. Von acht vorgestellten Arbeiten konnte nicht eine einzige prämiirt werden und man beschloss, um mehr Theilnehmer am Concurse heranzuziehen, die Beträge der Prämien zu den Prämien der folgenden



Concurrenz zuzuschlagen, bei welcher somit zwei Prämien zu 2000 Rbl. und 1000 Rbl. vertheilt werden sollten. Die zweite Concurrenz fand am 19. August 1885 statt. Es waren wiederum acht Gegenstände zum Concurs vorgestellt und erhielt bei demselben Dr. Prussak für ein neues Baracken-Zelt die zweite Prämie von 1000 Rbl., während den Concurrenten Imschenezki für ein Jurtendach, H. Niese aus Altona für Drahtschienen und dem dänischen Kapitän Decker für eine zerlegbare Baracke Ehrendiplome zuerkannt wurden. Die übrigen vier Concursgegenstände wurden nicht prämirt. Von 7 Gegenständen der nächsten Concurrenz von 1887 erhielt nur die Erfindung des Arztes Grigorjew — Apparat zum bequemsten Transport von Verwundeten in Feld-Furgons und Bauernwagen — ein Ehrendiplom. Für den Concurs von 1890 wurden fünf Prämien ausgesetzt: eine — zu 1000 Rbl. und vier zu 500 Rbl. Es wurden sechs Erfindungen vorgestellt, jedoch konnte nur eine derselben und zwar nur mit einem Ehrendiplom ausgezeichnet werden (Project eines Feldlazareths vom Fürsten A. D. Lwow). Diese Spärlichkeit des Concurrenzmaterials kann nach Ansicht der Hauptverwaltung des Rothen Kreuzes wohl nur dadurch erklärt werden, dass der Concurs noch nicht in weiteren Kreisen bekannt ist und fordert sie daher dringend zu der am 19. Aug. 1892 stattfindenden Concurrenz auf; das Programm derselben ist dasselbe wie bei allen früheren. Zur Vertheilung gelangt eine Prämie zu 1000 und eine Prämie zu 500 Rbl. Alles Nähere kann in der Kanzlei der Hauptverwaltung des Rothen Kreuzes (St. Petersburg, Ingenieur-Strasse № 9) in Erfahrung gebracht werden. Hoffentlich wird das schöne Ziel dieser Concurrenz — die Erleichterung der Leiden verwundeter Krieger — zahlreiche Bewerber um die Prämien heranziehen.

— *Zum leitenden Badearzt auf Sylt* an Stelle des zurückgetretenen Herrn Dr. med. Lahusen, hat die Seebade-Direction Herrn Dr. med. Wegele in Kissingen, Sohn des Würzburger Universitätsprofessors, gewählt.

— Wir lenken die Aufmerksamkeit der Herren Collegen auf den unter der Redaction des Dr. B. A. Oks herausgegebenen Kalender für Feldschere und Feldscherinnen (**Календарь для фельдшеровъ и фельдшерицъ на 1890 годъ. Изданіе врачей Д. В. Лещинскаго и Б. А. Окса**). Dieser Kalender ist dem ärztlichen Kalender nachgebildet und giebt sehr vielseitige Notizen über das Apotheker-Wesen, die kleine Chirurgie, verschiedene Hauptkrankheiten etc. Am Schluss werden in nicht officieller Weise die Gesetzbestimmungen betreffs der Feldschere besprochen.

Das Büchlein ist zu empfehlen, sein Inhalt wird jedenfalls anregend und belehrend auf die Feldschere wirken; der Preis von 1 Rbl. 20 Kop. bei hübschem Zeugband erscheint nicht zu hoch gegriffen.

— Man hat uns ein in der Buchhandlung von N. P. Petrow in St. Petersburg herausgegebenes Notizbuch für Aerzte, für den Schreibtisch, zugesandt, dessen Besitz manchem Collegen angenehm und zweckdienlich erscheinen wird. Es ist betitelt: **Настольная книга для записыванія больныхъ и необходимыхъ справокъ на 189— годъ.** Ausser den Notizen über Post- und Telegraphenwesen, über die Gifte, höchsten Dosen der Medicamente, Wannenbäder etc., wie wir sie im Taschenkalender haben, finden wir noch mit bestimmten Rubriken versehene Blätter zur Anschreibung der Patienten, der Krankenvisiten etc., eine Notiz über die Form der Zeugnisse, ein Ausgabe-Einnahmeheft, schliesslich Blätter für ein alphabetisches Namensverzeichniss der Patienten.

— Wie gut die Professoren in Grossbritannien besoldet werden, geht aus folgenden Angaben des „Lancet" hervor: An der Universität Edinburg bezieht der Professor der Chemie eine Gage im Betrage von 3450 Pfund Sterling (nach dem jetzigen Curse über 31,000 Rbl. Silber), der Professor der Anatomie 3000 Pfd. Sterl. (über 27,000 Rbl. Silb.), der Professor der allgemeinen Pathologie 2350 Pfd. Sterl. (über 21,000 Rbl. Silb.), der Pharmakologie 2235 Pfd. Sterl. (über 20,000 Rbl. Silb.). Die Professoren, welche neben ihrem Amte die Praxis ausüben, erhalten weniger.

— Der vor Kurzem verstorbene Leibarzt der Königin von England, Sir William Gull, hat, ausser seinem bedeutenden Grundbesitz, ein Vermögen von 344,000 Pfd. Sterl. hinterlassen, indessen wird bezweifelt, ob dasselbe nur durch die ärztliche Praxis erworben ist.

— Die würtembergische Kammer ist über die *Petition des Allgemeinen deutschen Frauenvereins in Leipzig*, den Frauen den Zutritt zum medicinischen Studium durch Freigabe und Förderung der dahingehenden Studien zu ermöglichen, zur Tagesordnung übergegangen. Motivirt hat die Commission ihren Antrag damit, dass die Frauen sich für die Ausübung eines gelehrten Berufes und besonders der Medicin nicht eignen und dass der Zudrang zum Studium der Medicin noch grösser werden würde, als bisher. Der Vertreter der Regierung erklärte, dass diese Frage heute noch nicht zur Lösung reif sei. Was die Zulassung zum ärztlichen Beruf betreffe, so sei dies Sache des Reiches und nicht der Einzelstaaten.

Eine ähnliche Petition hat der Vorstand des Allgem. deutschen Frauenvereins neuerdings auch an den Landtag in Weimar gerichtet. In dieser wird die Zulassung der Frauen zur Landesuniversität (Jena) erbeten und zwar nicht nur zum Studium der Medicin, sondern auch zu denjenigen Studien, durch welche die Männer die Befähigung zum wissenschaftlichen Lehramte erlangen. (A. m. C.-Ztg.).

— Dr. Knorr, der Erfinder des Antipyrin und Besitzer des Patentes für die Herstellung dieses Mittels, hat, nach einer Berechnung des „Boston Medical Journal", im Laufe des vorigen Winters während der Influenza-Epidemie mehr als eine Million Dollars durch den grossen Verbrauch dieses Mittels eingenommen.

— Wie aus Wiesbaden mitgetheilt wird, hat Dr. Mezger, welcher schon vor längerer Zeit einen Process gegen die Actiengesellschaft ‹ *Wiesbadener Badeetablissement*› angestrengt hat, am 19. März n. St. sein bisheriges Verhältniss zu dieser Gesellschaft gekündigt und alle Beziehungen abgebrochen.

— Der österreichische Sanitätsrath hat soeben ein Gutachten veröffentlicht, in welchem derselbe erklärt, dass das *Saccharin keine nachtheilige Wirkung auf den Organismus ausübt*, dass vielmehr demselben die gleiche Bedeutung wie den Gewürzen zuerkannt werden kann und dass sich dessen diätetischer Werth nicht in Abrede stellen lässt. Es wird besonders hervorgehoben, dass über eine schädliche Wirkung des Saccharins bei gesunden und kranken Menschen auch nicht ein einziges Beispiel vorliegt.

In Frankreich wurde im vorigen Jahre bekanntlich das Saccharin für gesundheitsschädlich erklärt.

— Der Hungervirtuose *Succi* hat im Royal-Aquarium in Westminster wiederum eine 40tägige Fastenprobe begonnen. Er trinkt nur gewöhnliches Wasser und nimmt täglich etwa 20 Tropfen eines Elixirs als Schutzmittel gegen Colik ein. Er wird Tag und Nacht von Studenten der Medicin des nahe gelegenen Westminster-Hospitals überwacht.

— Dieser Nummer ist als Beilage ein Prospect des bekannten und bewährten Bades Krankenheil-Tolz (in den bayrischen Voralpen) beigegeben, auf den wir unsere Leser aufmerksam machen.

Vacanz.

— Es wird ein *Arzt zur freien Praxis* gesucht. Nähere Auskünfte ertheilt Herr S. Simon in Kowno.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 10. April 1890.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 16. April 1890.

In meinem Verlage ist soeben erschienen und in allen Buchhandlungen zu haben:

Die inneren Krankheiten
der
Harn- u. Geschlechtsorgane.
Für
Aerzte und Studirende
dargestellt von
Prof. Dr. Paul Fürbringer,
ärztlichem Director der inneren Abtheilung des Berliner städtischen allgem. Krankenhauses am Friedrichshain.

Zweite umgearb. und vermehrte Auflage.
Mit 18 Abbildungen in Holzschnitt.

Preis geh. M. 12.—, geb. M. 13.60.

Das reiche Krankenmaterial, welches dem Verf. in den letzten Jahren zu Gebote gestanden, hat im Verein mit den weitgehenden von der Literatur gelieferten Fortschritten der einschlägigen Disciplin zu einer völligen Umarbeitung des Werkes geführt und seinen Umfang um mehr als die Hälfte des früheren erweitert. Wahrt somit die Fixirung des bis in die allerneueste Zeit hinein geförderten Wissensniederschlages dem Buche die Aktualität, so hat ihm andererseits die persönliche Erfahrung des Autors den Stempel der Kritik und Selbständigkeit aufgeprägt.

Berlin, März 1890. 42 (1)
Friedrich Wreden.

In meinem Verlage ist soeben erschienen und in allen Buchhandlungen zu haben:

Handbuch
der
Ohrenheilkunde.
Für Aerzte und Studirende.
Von
Dr. Wilh. Kirchner,
Professor der Ohrenheilkunde und Vorstand der otiatrischen Universitäts-Poliklinik in Würzburg.

Dritte Auflage.
Mit 41 Abbildungen in Holzschnitt.

Preis geh. M. 4.60, geb. M. 5.80.

In dieser neuen Auflage, welche kaum zwei Jahre nach Erscheinen der zweiten nöthig wurde, hat der Verfasser wiederum mehrfache Aenderungen vorgenommen und Zusätze gemacht. Die Kapitel über Otitis externa und Otitis media suppurativa wurden wesentlich umgearbeitet und erweitert und in der Eintheilung des Stoffes der besseren Uebersichtlichkeit halber Einiges geändert. 43 (1)

Berlin, März 1890.
Friedrich Wreden.

TAUBSTUMME

können nach der neuesten Methode (Lautsprache) Unterricht von einer Specialistin erhalten. **Sprechstunden von 12—3 Uhr, Maneshny-Pereulok № 1, Qu. 7.** Näheres auch bei Herrn Pastor **Fehrmann,** Gr. Stallhofstrasse № 10. 22 (1)

Alkalisch-muriatische Thermen.

22-40° R. **BAD EMS.** 22-40° R.

Indicationen: Catarrhalische Affectionen aller Organe (Catarrhe der Nase, des Rachens, des Larynx, der Bronchien mit deren Folgen, chronischer Catarrh des Magens, Darmes, der Blase); Stauung der Leber, Gallensteine, harnsaure Diathese, Albuminurie, Diabetes, Amenorrhoe, Dysmenorrhoe, Metritis, Endometritis, Vaginitis chronica, Sterilität, soweit diese Folge der oben genannten Leiden; Subinvolution, habitueller Abortus. Bäder jeder Art, innere und äussere Douchen, Kaltwassercur, Massage, Inhalationssäle, pneumatische Cabinette und Apparate, Molken. — Drahtseilbahn zum Luftcurort Malberg, 333 Meter hoch.

Welch' grosses Vertrauen die ärztliche Welt bei der Influenza und ihren Folgen auf das Emser Wasser, die Pastillen u. s. w. setzt, zeigt sich durch die nur mit grösster Anstrengung mögliche Erledigung der Bestellungen. 44 (5)

Saison 1. Mai bis 1. October.



Kemmerich's Fleisch-Pepton.

Nach den von den Herren Professoren **Ludwig—Wien, Fresenius—Wiesbaden, König—Münster, Stutzer—Bonn** ausgeführten Analysen enthält das **Kemmerich'sche Fleisch-Pepton** ca. 18% leicht lösliche Eiweissstoffe und ca. 39% Pepton. **Kemmerich's Fleisch-Pepton** hat **angenehmen Geschmack und Geruch.** Dasselbe ist überall zu empfehlen, wo **Eiweisszufuhr** nöthig und wegen gestörter Verdauung in fester Form nicht möglich ist, besonders auch zur Ernährung durch Klystiere. — **Kemmerich's Pepton ist käuflich in allen Apotheken und Droguenhandlungen.**

En gros-Niederlage für ganz Russland bei der **Südrussischen Pharmaceutischen Handels-Gesellschaft in Kiew.** 8 (44)

Homburger Elisabeth-Brunnen.

Kohlensäure reicher, Kochsalz- und Lithionhaltiger Eisen-Säuerling.



Wirksamste Trinkcur bei **habitueller Verstopfung** und **Dyspepsie,** bei **chronischen Magen-** und **Darm-Katarrhen, Hämorrhoidalzuständen, Krankheiten der Leber** und **der Milz,** bei **Gicht** und **Fettleibigkeit.**

HOMBURGER SALZ

nach ärztlicher Anordnung aus dem Wasser der Elisabeth-Quelle dargestellt, enthält die Hauptbestandtheile desselben und ist von vorzüglicher Wirksamkeit bei **Verstopfung** und **Krankheiten der Verdauungsorgane.**

Brunnen wie Salz in allen Apotheken u. Wasserhandlungen erhältlich.

Den Herren Aerzten stehen Probesendungen von Wasser wie Salz jederzeit zur Verfügung und werden solche gratis und franco Grenzstation geliefert.

Man bittet Bestellungen auf solche Probesendungen zu richten an die

31 (1) **Brunnen-Verwaltung zu Homburg v. d. Höhe.**

BAD HAPSAL.

Seeschlammbäder, warme See- und Soolbäder; Fichtennadel- und Eisenbäder, Mineralwasser-, Kefir-, Milch- und Molkenkuren, Behandlung durch Elektricität und Massage. Schwedische Heilgymnastik unter Leitung des Herrn Alfthan. Gesundes, trockenes Klima, reinste, stärkende Seeluft.

In der Bergfeldt'schen Bade-Anstalt Nummern mit voller Pension. Zwei Hotels: „Salon" und „Hotel de St. Pétersbourg". Musik, Bälle, Concerte, Bibliothek. Communication: Dampfer direct und per Baltischport. Eisenbahn über Kegel. In Folge Vertiefung des Hafens ist ein regelmässiges Anlegen der Dampfer ermöglicht.

Saison vom 20. Mai bis Ende August.

Erfahrungsgemäss haben sich die Schlammbäder bewährt bei: Scrophulose, Rheumatismus der Muskeln und Gelenke, Gicht, Knochen- und Gelenkkrankheiten, atonischen Geschwüren, chronischen Exanthemen, chronischen Affectionen der weiblichen Sexualorgane, namentlich Exsudaten im Beckenraum, Uterin- und Vaginal-Catarrhen, chronischer Metritis. Ausserdem ist Hapsal speciell indicirt bei Schwächezuständen des Kindesalters jeglicher Art.

Aerzte: DDr. Wirkl. Staatsrath v. Hunnius, Abels, Hoffmann, Blonsky.
Auskunft ertheilt und Wohnungen besorgt der Bade-Commissär.

38 (1) **Die Badecommission.**

Dieser Nummer liegt bei ein Prospect betreffend Bad Krankenheil-Tölz.

Дозв. ценз. Спб. 30 Марта 1890 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.

XV. Jahrgang. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,

St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 14 St. Petersburg, 7. (19.) April 1890

Die chronische Gastritis und ihre Behandlung in Bädern.

Von

Dr. Frhr. von Sohlern — Kissingen.

Von allen Erkrankungen des Magens wird keine so häufig diagnosticirt und kommt keine so oft in den Badeorten zur Behandlung wie die chronische Gastritis. Die Mehrzahl der Magenkranken theilt dem Arzte neben der Schilderung ihrer subjectiven Beschwerden gleich die Diagnose «chronischer Magencatarrh» mit, die entweder der Hausarzt oder oft wohl auch der Patient selbst gestellt hat.

Mit der Häufigkeit der Diagnose geht die Menge der Heilung verheissenden Bäder Hand in Hand. Durchblättert man ein balneologisches Handbuch, so ist man froh, wenigstens unter den Schwefelquellen keine specifischen Heilquellen zu finden. Sonst rühmen sich so ziemlich alle, seit Alters her vorzüglich für diese Erkrankung zu sein, so grundverschieden auch ihre chemische Zusammensetzung sein mag.

Wer sich die Mühe nehmen mag, alle heilbringenden Quellen und Wässerlein zusammen zu zählen, der wird erstaunt sein, was nicht Alles in dieser Art der leidenden Menschheit geboten wird.

Und doch können ernstlich nur die Kochsalzquellen mit und ohne Kohlensäure und daneben die alkalischen und alkalisch salinischen Wässer in Betracht kommen.

Es ist unter diesen Umständen in unserer nicht mehr so glaubensseligen Zeit weder dem Arzte noch auch dem Laien zu verargen, wenn er bei der Betrachtung so verschiedenartiger «Heilbringer», deren jeder seine «allbekannte» Wirksamkeit mit grösstem Ernste versichert, zu dem Schlusse kommt, es möchten die Erfolge der einzelnen Badeorte oft etwas problematischer Natur sein.

Fragen wir uns nun nach der Ursache dieser Erscheinung, so liegt die Erklärung hierfür darin, dass man eben vor Einführung der chemischen Untersuchung des Mageninhaltes in die Diagnostik eine ganze Reihe von Magenkrankheiten der verschiedensten Art unter den Begriff der chronischen Gastritis subsummirte und wohl auch subsummiren musste.

Es liegt mir demnach nichts ferner, als eine fruchtlose Polemik auf diesem Gebiete anzuregen oder den Ruhm des einen oder anderen Badeortes schmälern zu wollen.

Kein Sterblicher wäre einem solchen Kampfe gewachsen, wenn sich alle empörten Quellennymphen wie eine Amazonenschaar gegen ihn erhöben und die ganze Wucht der Empiriker, gestützt und gefördert durch einzelne Aussprüche und Citate von Klinikern über ihn herfiele. Schon der blosse Gedanke macht mich schaudern.

Ich überlasse es getrost einem Jeden, sich sein Urtheil selbst zu bilden.

Wir haben jetzt Dank der chemischen Untersuchung von der chronischen Gastritis ein ganz klares Bild, und ist das Wesen derselben nunmehr so präcisirt, dass sich die richtige Therapie eigentlich von selbst ergeben sollte. Weit wichtiger als die pathologische Anatomie ist das abweichende physiologische Verhalten für die Diagnose des chronischen Catarrhs.

Früher, wo wir noch alle chronisch-dyspeptischen Erscheinungen, die sich als Ulcus oder Carcinom erkennen liessen, oder recht oft wohl auch nervöse Zustände als Gastritis chronica betrachteten (und diese Zeit ist zum Theil auch jetzt noch nicht überwunden), musste naturgemäss auch der Kreis der für diesen Sammelbegriff von Magenleiden passenden Mineralquellen ein weiterer sein. Jetzt aber können wir präcisiren.

Und ungezwungen erklären sich so auch wirkliche Heilerfolge und lobende Aussprüche von Autoritäten über diese und jene Quelle, die wenig geeignet für jene Erkrankung ist, die wir jetzt Gastritis chronica nennen.

Freilich dürfen wir eben nicht aus dem Auge verlieren, dass man bei Ausstellung eines solchen Lobes einen chronischen Catarrh für sicher angenommen, während man z. B. eine Hyperacidität mit alkalischen Quellen thatsächlich mit gutem Erfolge bekämpfte.

Es liegt also oft recht einfach mit dem in der Badeliteratur noch immer fortcitirten Gelegenheitsausspruche einer Autorität. Wir müssen nur immer bedenken, dass diese nach bestem Wissen ausgesprochene Anschauungsweise einer Zeit entstammt, wo der exacte Begriff des chronischen Magencatarrhs, wie wir ihn jetzt haben, noch gar nicht gegeben sein konnte. Erst mit Einführung der Sonde in die Diagnostik und Therapie hub eine neue Aera an.

Einwürfe, die also in dieser Hinsicht mit derartigen Citaten gemacht werden, haben wenig Werth, denn bei aller Achtung vor der Autorität sollen wir doch nicht gedankenlos jurare in verba magistri.



Die Zeit steht nicht still und das Wissen vervollkommnet sich. Galenus wird darum nicht kleiner, weil er ein Kind seiner Zeit war.

Wir haben auf der Grundlage unseres heutigen Wissens nach den Mitteln und Wegen zu suchen, die sich zur Bekämpfung des chronischen Magencatarrhs geeignet erweisen, unbekümmert darum, ob wir dabei mit alten, für untrüglich gehaltenen Vorurtheilen collidiren.

Gerade bei unserem nunmehr exacteren Wissen über die krankhaften Zustände des Magens wird der Wirkungskreis der Heilquellen sich nur erweitern, denn die Zeit der Apotheke gegen die Verdauungskrankheiten neigt sich ihrem Ende, und der mit den Fortschritten auf dem Gebiete der Medicin gleichen Schritt haltende Theil sieht das Heil zunächst in einer geeigneten Diät und in der Quelle ein nicht zu unterschätzendes Adjuvans.

Lassen wir also jedem Bade das Seine! Hoffentlich findet man es beispielsweise bald nicht mehr gleichgültig, ob Einer wegen eines chronischen Magenübels nach Carlsbad oder Kissingen geht, »weil ja beide bei Magenkrankheiten gut sind«.

Den alkalischen Wässern die Zustände mit Hyperacidität, den kochsalzhaltigen Quellen aber die mit Subacidität!

Wie können wir eine Mineralquelle ein Heilmittel für den chronischen Magencatarrh nennen, wenn es sich nur in einer ganz beschränkten Richtung bei diesem Zustande als günstig erweisen kann und Nichts gegen das Grundübel vermag? Nützt da die Quelle in einem concreten Falle, so ist das eher eine Ausnahme, diese bilden aber nicht die Regel.

Aus lauter Anhänglichkeit oder einer gewissen Passion, nach althergebrachter Sitte den Kranken mit chronischer Gastritis in ein Bad schicken, das sich natürlich mit allen anderen als souverän bei dieser Erkrankung preist, nach unserer jetzigen Auffassung über das Wesen der Gastritis chronica aber nur von untergeordneter Bedeutung, vielleicht völlig nutzlos sein kann: das lässt sich mit dem Begriff eines denkenden Arztes nicht in Einklang bringen.

Auch heute noch sind wir berechtigt, die Gastritis chronica eine häufige Krankheit zu nennen, da wir sie oft als Complication eines anderen chronischen Magenübels beobachten, als primäre Erkrankung aber werden wir sie Dank der chemischen Untersuchung des Magensaftes weit seltener als früher zu diagnosticiren haben. Auf hundert Magenkranke kommen etwa 8—10 chronische Catarrhe, als Kranke mit chronischer Gastritis präsentiren sich uns aber von hundert mindestens achtzig.

Der chronische Magencatarrh zeigt sich uns als ein Zustand einer parenchymatösen und interstitiellen Entzündung mit Herabsetzung der specifischen Drüsensecretion, ganz besonders der Salzsäure. Daneben besteht reichliche Schleimbildung und verminderte Expulsionskraft des Magens in Folge von Schwäche der Magenmuskulatur.

Ich habe schon 1885 darauf hingewiesen, dass das Wesentliche der chronischen Gastritis die mangelhafte Salzsäureproduction sei.

Es ist demnach die quantitative Untersuchung unerlässlich, wenn auch nicht einzig und allein die sichere Diagnose entscheidend.

Wir dürfen nicht vergessen, dass es auch Depressionszustände des Magennervensystems giebt, die denselben Salzsäurebefund, ja complete Anacidität aufweisen, dass das Carcinom, die Amyloidentartung und Atrophie gleichen Befund zeigen.

Auch beim Ulcus ventriculi, bei dem die Hyperacidität Regel zu sein scheint, beobachtete ich nicht nur HCl-Werthe unter der Norm, sondern ich konnte in 2 Fällen mit der Günzburg'schen Lösung qualitativ gar keine freie Salzsäure nachweisen. Fieberhafte Zustände, hochgradige Anämie und Chlorose, die perniciöse Anämie können ebenfalls von Salzsäuremangel begleitet sein. Auch bei Herzfehlern etc. wurde HCl-Mangel beobachtet.

Eine kurze Besprechung der Differentialdiagnose sei deshalb an dieser Stelle eingeflochten.

Im Gegensatz zur nervösen Subacidität oder Anacidität findet man bei der chronischen Gastritis ausser dem Mangel an neurasthenischen Erscheinungen überhaupt stets reichliche Schleimmengen und gestörte Motilität. Die Ausspülung 7 Stunden nach dem Probemahl wird stets Speisereste enthalten.

Bei dem Carcinom dienen zur Unterscheidung: Die Cachexie, der erdfarbige Teint, der schmerzlich in die Breite gezogene Mund, das in weitaus der Mehrzahl der Fälle *gänzliche* Fehlen von freier Salzsäure, der durchzufühlende Tumor, die viel ausgesprochenere Atonie, Lymphdrüsenschwellungen und das sonst nicht leicht wiederzusehende, eigenartige, blutig tingirte Erbrochene, das offenbar von schon länger im Magen verweilendem Blute herrührt, von kleinen, sogenannten Sickerblutungen.

Mitunter wenn ein Tumor nicht zu fühlen und beim Catarrh das Aussehen des vielleicht schon bejahrten Kranken ein sehr heruntergekommenes ist, ist das Fehlen des oben erwähnten eigenartigen Erbrechens oft die einzige Grundlage für die Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Gastritis chronica, die dann bei geeigneter Therapie sich noch weiter aus dieser selbst klärt.

Nie sei hier die Untersuchung durch das Mikroskop unterlassen, welche natürlich die positive Diagnose: Carcinom ergeben kann, nur vergesse man nicht, dass das Fehlen von Carcinomzellen unter dem Mikroskop kein Beweis gegen das Vorhandensein desselben sein kann.

Eine sofortige, bestimmte Diagnose ist mitunter unmöglich, und erkennen wir öfters die chronische Gastritis erst, wenn wir andere Erkrankungen wie Ulcus etc. mit Bestimmtheit ausschliessen können. Ein ausgesprochener Schmerz, der beim Ulcus meist localisirt zu sein pflegt, fehlt beim chronischen Catarrh, es handelt sich fast immer um ein über die Magengegend verbreitetes Druckgefühl. Treten wirklich localisirte, gastralgische Beschwerden wiederholt auf, so muss man stets an Complicationen denken.

Die Diagnose: Amyloiddegeneration ist intra vitam, wenn sich nicht anderweitige Anhaltepuncte für Amyloidentartung der in der Regel betroffenen Organe finden, aus der Untersuchung des Magensaftes unmöglich.

Der Catarrh bei veränderter Blutbeschaffenheit, Anämie, Chlorose, Diabetes, Gicht, Morbus Brightii, bei Fieber, Herzfehlern, Milz- und Lebererkrankungen, Dysenterie, bei acuten Exanthemen, und während der Gravidität, sowie bei Uterinleiden etc. ist ein secundäres Leiden, und sind also diagnostisch in erster Linie die eben genannten Krankheiten maassgebend.

Ich führte das Alles nur ganz kurz an, um zu zeigen, dass die so unendlich oft gestellte Diagnose der chronischen Gastritis garnicht so leicht sei.

Die Gastritis chronica zeigt in ihrem Verlaufe drei unterscheidbare Stadien, die häufig ihre Uebergangsformen haben, im Grunde aber nur den weiter fortschreitenden Process darstellen. Ich meine den einfachen und schleimigen Catarrh und die vollständige Atrophie als Endstadium.

Die bei dieser sich so lange hinziehenden Krankheit häufig vorkommenden Exacerbationen können alle schliesslich zu der verhängnissvollen Atrophie führen. Prognostisch ist diese Unterscheidung natürlich von grösster Bedeutung.

Einen sauren Catarrh, wie er auch als selbständige Form der chronischen Gastritis beschrieben wurde, können wir nach unserer jetzigen Anschauung nicht annehmen, denn entweder handelt es sich um ein nervöses Magenleiden, das mit Ueberproduction von Salzsäure einhergeht, oder aber es ist der hohe Säuregehalt nicht durch einen krankhaften Ueberschuss von HCl bedingt, sondern durch das reichliche Vorhandensein von organischen Säuren und sauren Salzen. Dieser Zustand kann aber nur bei einem Salzsäuremangel stattfinden und dieser ist und bleibt das Wesentliche, denn



nicht nur diese Gährungsvorgänge sind durch ihn ermöglicht, sondern er ist auch der Grund des gestörten Magenmechanismus.

Die Braun'sche Methode[1]), welche allerdings mehr Zeit in Anspruch nimmt, als die seither allgemein geübte quantitative Säurebestimmung durch Titration mit $^1/_{10}$ Normalnatronlauge, lässt uns die HCl-Menge viel sicherer feststellen, da man es bei ihr nur mit dieser einzig im menschlichen Magen vorkommenden mineralischen Säure zu thun haben kann, und die Mithineinziehung etwa vorhandener organischer Säuren ausgeschlossen ist.

Was sollen wir nun bei Behandlung der chronischen Gastritis erstreben?

Unsere Therapie muss in drei Richtungen hin zu wirken suchen. Es ist die allererste Aufgabe, zunächst den Urheber alles Uebelstandes, den Salzsäuremangel, zu beseitigen, indem wir ihn entweder künstlich zu ersetzen oder eine vermehrte, respective energischere Production dieses wichtigen Verdauungssecretes anzuregen versuchen.

Können wir wirklich Salzsäure durch Einnehmen von Acid. muriat. dilut. ersetzen?

Ich glaube dies nach meinen Erfahrungen nur in beschränkter Weise annehmen zu müssen und sehe den Vortheil der medicamentösen Verabreichung von Salzsäure in ihrem die Gährungssäuren vermindernden und verhindernden Einfluss und in der Ermöglichung der für die sauren Albuminate nöthigen Peptonisation. Beim Carcinom ist bekanntlich von der Einverleibung von Salzsäure nichts zu erwarten. Hier mögen wohl tiefgehende Störungen der Assimilation überhaupt vorliegen.

Als bekannt kann ich voraussetzen, dass die bis vor Kurzem beliebte und heute noch von Vielen geübte Dosis von Acid. muriat. dil. überhaupt in keiner Weise die nöthige Salzsäure zu ersetzen vermag.

Bezüglich der verminderten Pepsinausscheidung sei gleich an dieser Stelle bemerkt, dass dieselbe im Allgemeinen Hand in Hand mit der HCl-Ausscheidung geht, d. h. dass bei verbesserter Salzsäureproduction eine vermehrte Pepsinabscheidung gleichzeitig stattfindet.

Die Verabreichung dieses Medicamentes, das nebenbei bemerkt uns wegen seiner starken Versetzung mit Milchzucker und seines zum Theil wenigstens sehr raschen Uebergangs in den Darm ohnehin das im Magen gebildete Pepsin nur unvollkommen zu ersetzen vermag, ist selten nöthig. Pepsin fehlt überhaupt in sehr wenigen Fällen und ist meist nur bei den vorgeschrittenen Stadien der chronischen Gastritis, dem schleimigen Catarrh und theoretisch beim Endstadium, der Atrophie gerechtfertigt. Die vielverbreitete Annahme, dass wenn Pepsin nichts nütze, doch auch nichts schade, ist falsch, weil ein Ueberschuss von Pepsin die Verdauung verlangsamt und stört, und dann weil das intra vitam producirte Pepsin ein so wirksames Ferment darstellt, dass ganz minimale Mengen zur Verdauung ausreichen; Jaworski zeigte, dass sich sogar Pepsin in Fällen mit vollständigem Salzsäuremangel nachweisen liess. Ewald bestätigt dies.

Wie mit dem Pepsin, verhält es sich auch mit dem Labferment.

Es handelt sich also in der Therapie in allererster Linie um Erzielung einer erhöhten Salzsäureproduction.

Dass sich die Salzsäure des Magens schliesslich nur aus dem Blute bilden kann und muss, ist klar und die geistreiche Erklärung Maly's hierfür, wie sich die Säure aus dem alkalisch reagirenden Blute zu entwickeln vermag, darf ich als bekannt voraussetzen.

Von allen Salzen des Blutes muss aber hier die als Kochsalz bekannte Chlorverbindung zuerst in Betracht kommen. Die Arbeiten von Braun und Grützner haben übereinstimmend und in überzeugendster Weise ergeben, dass in das Blut eingeführtes Kochsalz die Secretion der Magendrüsen erhöht.

Dass aber vermehrte Kochsalzzufuhr, wie sie beim Gebrauche einer systematischen Brunnencur mit Kochsalzquellen thatsächlich stattfindet, auch das Blut reicher an Chlornatrium macht, ist längst bewiesen.

Diese vermehrte Chlornatriumzufuhr ermöglicht eine erhöhte Salzsäureproduction, wie sie allein das Hauptübel der chronischen Gastritis, den HCl-Mangel, zu beseitigen vermag, denn mit der vermehrten Salzsäureausscheidung ist die beste Garantie gegen die Entstehung der organischen Säuren gegeben und die Veranlassung der ungenügenden Magenmechanik beseitigt.

Die Hauptbildungsstätte der Chlorwasserstoffsäure müssen wir aber im Chlornatrium des Blutes suchen.

Ich brauche wohl kaum zu bemerken, dass nur da von einer energischeren HCl-Production die Rede sein kann, wo die Magendrüsen selbst noch nicht degenerirt sind.

Gelingt es uns auch die subjectiven Beschwerden öfters günstig durch Verabreichung von Kochsalzwässern bei schleimigem Catarrh, Atrophie und Amyloiddegeneration des Magens zu beeinflussen, so dürfen wir doch keine erhöhte HCl-Ausscheidung mehr erwarten, höchstens bei der ersten Erkrankung, wo noch nicht alle Drüsen degenerirt sind.

Geringe Mengen Salzsäure, welche wir freilich oft nicht mit den gewöhnlichen Farbreactionen, also qualitativ nachweisen können, sind ja doch auch in diesen schwer erkrankten Mägen vorhanden und ebenso findet man noch Propepsin, das sich bekanntlich mit Kochsalzzusatz in Pepsin umwandeln und dann auf die Albuminate einwirken kann, so dass auch hier eine bescheidene Verbesserung des Zustandes nicht ganz auszuschliessen ist.

Der von Pfeiffer im Verdauungsofen gemachte Versuch, wonach bei Zusatz von Chlornatrium zu künstlichen Verdauungsgemengen das Verdauungsvermögen verlangsamt wurde, ist durchaus keine Widerlegung der eindeutigen Versuche von Braun und Grützner.

Es ist eben nach meiner Ansicht das Nachahmen des Verdauungsvorganges im menschlichen Magen mit dem Verdauungsofen überhaupt eine sehr precäre Sache, denn unser Magen ist keine einfache chemische Retorte, und durch die gleichzeitig stattfindenden Resorptionsvorgänge ist die Acidität sicherlich vielen Schwankungen unterworfen, auch kommt es zweifelsohne sehr auf das gegenseitige Verhältniss der Nahrungscomponenten an.

Für die Annahme einer durch Kochsalzzufuhr gesteigerten HCl-Production während der Verdauung spricht ausser diesen streng wissenschaftlichen Resultaten von Braun und Grützner auch noch die uralte und nicht auf Täuschung beruhende Erfahrung, dass kochsalzhaltige Trinkquellen, wie z. B. Kissingen, Wiesbaden etc. sich bei chronischer Gastritis vorzüglich bewähren. Diese durch viele Beispiele gewonnene Ansicht findet durch die eben genannten Arbeiten eine positive wissenschaftliche Stütze.

Dass wir es thatsächlich mit einer vermehrten Salzsäureproduction zu thun haben, wurde mir ferner auch noch dadurch wahrscheinlich, dass Ulcuskranke, die hier ganz ohne vernünftigen Grund Rakoczy getrunken hatten, alsbald gesteigerte Beschwerden, ja mehrmals sogar Blutungen bekamen, die sich ganz gut mit der höheren Acidität in Einklang bringen lassen. In einigen Fällen konnte ich sogar die vermehrte Hyperacidität nachweisen.

Es kann also von einer rationellen Behandlung mit hiesiger Quelle nur in *jenen wenigen* Fällen von Magengeschwür die Rede sein, wo positiv Subacidität nachge-

[1]) Zu 2 Cubikcentimeter Magenfiltrat lässt man in einer Platinschale 5 Cubikcentimeter $^1/_{10}$ Normalnatronlauge zufliessen, um eine vollständige Neutralisation herbeizuführen. Nun dampft man diese Flüssigkeit vorsichtig ein und lässt die Rückstände bei offenem Tiegel rein weiss veraschen, wobei die organischen Säuren zu kohlensaurem Alkali verbrennen. Nun wird die Asche wieder mit 5 Cubikcentimeter $^1/_{10}$ Normalschwefelsäure gelöst, alle Aschentheile fleissig abgespült und die Lösung behufs Entfernung der Kohlensäure rasch aufgekocht. Unter Zusatz von 2 Tropfen Phenolphthaleïnlösung wird dann mit $^1/_{10}$ Normalnatronlauge titrirt. So bekommen wir den HCl-Gehalt von 2 Ccm.

wiesen ist. Eine Dame. Frau S.. 32 Jahre alt, wurde mir von Prof. Gerhard wegen Ulcus ventriculi zugeschickt. Die Untersuchung ergab 0,11% Acidität. Beim Gebrauche der hiesigen Quelle steigerte sich diese allmälig. bis wir schliesslich 0,31% fanden.

Ich habe nun seit drei Jahren in meiner Anstalt bei allen Kranken, die überhaupt kochsalzhaltige Wässer tranken. deren Einfluss auf die Salzsäureproduction controllirt. indem ich alle an chronischer Gastritis Leidende Rakoczy trinken liess, und sie nach bestimmten Zeiträumen auf ihre Acidität prüfte. Die Untersuchungen wurden in der von mir in № 51 und 52 1888 dieser Wochenschrift angegebenen Weise gemacht. Von jetzt ab bediene ich mich ausschliesslich der Braun'schen Methode zur quantitativen Salzsäurebestimmung.

Ist demnach bei meinen Untersuchungen mitunter auch Milch- und andere organische Säure mit hineingerechnet. so können wir trotzdem diese doch als beweisend betrachten. weil sich die anfänglich noch öfters constatirte organische Säure bei späterer gesteigerter Acidität nicht mehr nachweisen liess. diese Besserung also nur auf eine vermehrte Salzsäureabscheidung zurückzuführen ist.

Ich habe hierzu *ausschliesslich* Fälle gewählt. bei denen die abendliche Ausspülung 7 Stunden nach dem Mittagsmahle theils mehr, theils weniger unverdauten Speisebrei enthielt.

Als Grenze für die normale Acidität habe ich nach dem von mir in der Anstalt verabreichten Probemittagsmahl 0,22—0,28% HCl angenommen. welche Werthe ich bei Gesunden zuvor constatirt hatte. (Vide meine Arbeit № 50. 1887 der Berliner klinischen Wochenschrift). Die Fälle 1 mit 22 sind schon in der eben angeführten Nummer veröffentlicht.

Ich fand in allen Fällen. bei denen nicht hochgradige Degenerationsvorgänge vorlagen. die HCl-Ausscheidung bei dem Gebrauche des kochsalzhaltigen Wassers gebessert.

Tabelle von 1887, 1888 und 1889 über Gastritis chronica.

Nummer	Name	Alter	I. Aciditätsbestimmung bei der Aufnahme in pCt.	II. Aciditätsbestimm. nach 2—3 Wochen in pCt.	III. Aciditätsbestimm. nach 4 u. mehr Wochen in pCt.	Nummer	Name	Alter	I. Aciditätsbestimmung bei der Aufnahme in pCt.	II. Aciditätsbestimm. nach 2—3 Wochen in pCt.	III. Aciditätsbestimm. nach 4 u. mehr Wochen in pCt.
1	H. P.	40	0,14	0,18	0,23	31	K.	35	0,15	0,21	0.26
2	E. H.	15	0,17	0,20	0,22	32	G.	35	0,17	0,20	—
3	J. G.	31	0,19	0,24	0,26	33	H.	53	0,14	0,16	0,20
4	O. S.	21	0,12	0,19	0,24	34	S.	31	0,16	0,19	0,21
5	C. V.	30	0,20	0,24	—	35	F.	40	0,18	0,23	0,26
6	F. B.	59	0,8	0,15	0,18	36	K.	32	0,13	0,17	0,20
7	J. C.	51	0,16	0,18	0,23	37	H. P.	38	0,16	0,21	0.26
8	F. K.	19	0,16	0,18	0.21	38	C. H.	52	0,14	0,17	—
9	E. B.	33	0,15	0,19	—	39	J. K.	23	0,12	0,15	0,22
10	L. P.	42	0,17	0,24	—	40	H. M.	63	0,9	—	0,13
11	F. T.	42	0,19	0,22	0,23	41	C. V.	27	0,19	0,21	0,26
12	G. B.	35	0,17	0,23	—	42	v. H.	38	0,15	0,20	0,24
13	F.Sch.	39	0,16	0,21	0,23	43	C. W.	29	0,15	0,17	0,22
14	H. B.	32	0,15	0,22	0,24	44	C. T.	31	0,11	0,14	0,19
15	P. V.	21	0,12	0,17	0,21	45	A. R.	24	0,15	0,19	0,24
16	H. B.	25	0,16	0,21	0,25	46	V. K.	26	0,12	0.16	0.22
17	O. P.	34	0,19	0,24	—	47	R. K.	22	0,16	0,19	—
18	P. G.	16	0,16	0,19	0,23	48	M. F.	52	0,17	0.20	0,22
19	R. C.	48	0,16	0,18	—	49	C.Sch.	39	0,13	0,15	—
20	F. K.	42	0,17	0,19	—	50	K. F.	45	0,8	0,12	0,17
21	R. M.	37	0,14	0,18	0,21	51	P. L.	31	0,15	0,18	0,23
22	H. M.	32	0,13	0,19	0,22	52	F. L.	29	0,17	0,19	0,22
23	P. O.	41	0,13	0,18	0,26	53	Sch.	34	0,14	0,20	0,25
24	Sch.	28	0.12	0,13	0,15	54	J. S.	30	0,11	0.14	0,16
25	v. M.	26	0,17	0,21	—	55	P. P.	26	0,16	0,19	0,21
26	C. T.	43	0,18	0,23	—	56	M.	28	0,05	—	0,10
27	Dr. T.	40	0.9	0,14	0,23	57	C. W.	34	0,16	0,21	—
28	Dr. M.	30	0,16	0,19	0,23	58	S.	27	0,15	0,17	0.23
29	F. A.	51	0,14	0,18	0,24	59	L. B.	24	0.13	0.15	0.20
30	C. G.	54	0,09	0,8	0,13						

Ich habe natürlich auch Fälle beobachtet. bei denen der Genuss von Kochsalzwasser *ganz erfolglos* war und bei denen nach der Wochen langen Beobachtung eine so tiefgehende Degeneration des Drüsensystems angenommen werden musste. dass von einer Drüsenthätigkeit und somit auch einer verbesserten Salzsäureproduction nicht mehr die Rede sein konnte.

Diese hier anzuführen. halte ich für überflüssig. da selbstredend in solchen Fällen von einer Mineralwassercur nichts erwartet werden kann. Es war mir vielmehr darum zu thun. an genau beobachteten Fällen die Salzsäuresteigerung beim Gebrauch kochsalzhaltiger Quellen nachzuweisen.

Es ist demnach gar keine Frage. dass das erste Postulat der Therapie der Gastritis chronica, die Steigerung der HCl-Production, naturgemäss von gar keinem anderen Mineralwasser besser erfüllt werden kann als von den kochsalzhaltigen Quellen, denn diese vermehrte Salzsäureabgabe kann weder mit einfach alkalischen. noch mit alkalisch-salinischen und am allerwenigsten mit Bitterwässern erzielt werden.

Wenn auch das Natron nach seiner für kurze Zeit dauernden Säurereduction. um nicht zu sagen Neutralisirung eine energische HCl-Ausscheidung anregt. wie mir eingewendet werden könnte. so ist dies eben doch *nur eine Anregung des Drüsenapparates, die mit der Zunahme der Alkalien im Blute, wie sie bei längerem Quellengebrauche nachgewiesen ist, von immer schwächerem Erfolge begleitet sein muss, da ja das Blut immer reicher an Alkalien wird und der Chlorgehalt immer mehr zurücktritt.*

Mit dieser Erwägung steht die Arbeit Jaworski's *über die Carlsbader Quellen, welche bei lange fortgesetztem Gebrauch die Salzsäureausscheidung ganz zum Schweigen bringen können, ganz und gar im Einklang.*

Findet ein solcher Process auch nicht während einer vierwöchentlichen Cur statt, so wird doch zweifelsohne das Blut reicher an Alkalien und trotz des gleichzeitigen. allerdings recht geringen Kochsalzgehaltes ärmer an Chlor. so dass der angenommene Reiz des Alkalis für die Drüsen bald an Effect verlieren muss. weil dieses zu sehr über das Chlor prävalirt.

Umgekehrt wird sich Carlsbad oder jede ähnliche an Alkalien reiche Quelle bei Zuständen mit Hyperacidität nützlich erweisen. und sind hier die kochsalzhaltigen Wässer zu verwerfen.

Ueberdies ist der Vortheil. den das kohlensaure Natron beim chronischen Catarrh gegen die Säure bietet. nur ein relativer, denn die Bindung der Säuren erstreckt sich nicht einseitig auf die organischen, sondern auch auf die schon minderwerthig vertretene Salzsäure. Man wird also auch damit schaden können.

Wir bekämpfen die Pyrosis der Gastritis chronica gewiss nicht mehr gedankenlos mit Natron bicarbonicum. und doch läuft eine Brunnencur mit alkalischen und verwandten Quellen so ziemlich auf dasselbe hinaus.

Wenn ein alter Praktiker wie Grossmann in Valentiner's Balneotherapie 1873 sagt: «Von allen Wirkungen. welche das Natron und die alkalischen Quellen ausüben. ist die anticatarrhalische die allgemein anerkannteste und *die am wenigsten physiologisch erklärte*», so ist dies beweisend dafür. dass man eben aus reiner Anhänglichkeit an den Glauben der anticatarrhalischen Wirkung auch auf dem Magengebiete die Gastritis chronica in alkalische und alkalisch-salinische Bäder schickte, ohne ernstlich nach dem Grunde der möglichen therapeutischen Wirkung zu forschen.

Die alte Annahme und die Citate zu Gunsten dieser Quellen halfen und helfen über alle Scrupel hinweg.

Endlich haben aber auch die kochsalzhaltigen Wässer eine mehr stimulirende Eigenschaft als die glaubersalzhaltigen auf die Magenthätigkeit. welch' letztere wesentlich auf Darm und Leber einwirken. Damit ist aber ihre Indication schon bei Gastritis chronica begrenzt und nur angezeigt. wenn Leber und Darmleiden vorliegen. die den Magencatarrh zur Folge hatten.

Die kochsalzhaltigen Quellen. weil ihre Wirkung mehr auf den Magen beschränkend. verdienen also viel eher den Namen von Magenwässern.

(Schluss folgt.)

Referate.

:ichhoff: Aristol. (Therap. Monatsh. № 2.)

Das Aristol (Dimethyldijodid) wurde bisher in den Farbenfa-riken benutzt, ist aber von Dr. Eichhoff in Elberfeld (Monats-chr. f. prakt. Dermat. 1890, № 2) an 10, mit Ulcus varicosum et :czema parasitarium cruris, Lupus exulcerans faciei, Ulcus molle, 'soriasis vulgaris, Mycosis trichophytina capillitii, tertiären sy-hilitischen Ulcerationen behafteten Kranken und zwar mit einer —10 % Vaselinsalbe geprüft worden. Das Aristol stellt ein hell othbräunliches, äusserst zartes, geruchloses, in Wasser und Gly-erin unlösliches, in Alcohol wenig, in Aether und fetten Oelen eicht lösliches Pulver dar. Die Lösungen müssen vor Licht ge-chützt und kalt angerieben werden, weil bei Anwendung von Värme eine Umlagerung erfolgt. Es ist nach Eichhoff durch-us ungiftig, steht in seiner Wirkung auf das Ulcus molle dem odoform nach, bei Psoriasis wirkt es langsamer als andere be-annte Mittel, hat aber dafür keine schädlichen Nebenwirkun-en. Gegen Mycosen wirkte es vielleicht schneller als andere ırzeneien, sehr vorzüglich aber bei Ulcera cruris und tertiären eschwüren; gegen Lupus angewandt, übertrifft es alle anderen Iittel, es wird hierbei nicht nur der Bacillus tuberculosus des upus zerstört, sondern werden auch die Granulationen üppiger. u versuchen wäre das Mittel bei chirurgischen Gelenk- und Knochenleiden, bei gynäkologischen Erkrankungen und subcutan ei allgemeiner und localer Tuberculose, sowie bei constitutionel-er Syphilis. Hinze.

'enzoldt: Salzsaures Orexin, ein echtes Stomachicum. (Therap. Monatsh. № 2.)

In dem Phenyldihydrochinazolin-Orexin glaubt P. auf Grund-age von Thierversuchen und seinen an 36 Kranken gemachten rfahrungen dasjenige Stomachicum gefunden zu haben, welches, llen Anforderungen an ein solches entsprechend, nicht allein den Appetit reizt, sondern auch die verdauende Thätigkeit des Ma-ens erhöht und beschleunigt. Bei 2 gesunden Versuchsperso-ıen, welche zu Probemahlzeiten 70,0 Weissbrod oder 250,0 Beef-teak genossen hatten, ergab sich bei Ausheberung des Magens md Prüfung des Verhaltens des Magensaftes und der Aufenthalts-lauer im Magen, dass bei der ersten schon 0,25 Orexinum hydro-hloratum die Weissbrodverdauung um eine halbe Stunde (von 3 uf $2^1/_2$ Stunden), 0,5 die Fleischverdauung um ebensoviel Zeit von $4^1/_2$ auf 4 Stunden) abkürzte; dabei trat die freie HCl unter lem Einflusse des Mittels um eine Stunde früher auf als im Con-rolversuche. Bei der zweiten Versuchsperson wurde die Aufent-ıaltsdauer des Weissbrods im Magen durch 0,25 um $^1/_2$ Stunde von $2^1/_2$ auf 2 Stunden), durch 0,5 um $^3/_4$ Stunden (von $2^1/_2$ auf $1^3/_4$ itunden) reducirt, die des Beefsteaks durch 0,25 um 38 Min. (von Stunden auf 4 St. 22 Min.), durch 0,5 um eine volle Stunde; lie freie HCl trat nach 0,5 des Mittels im Fleischversuch um $^1/_2$ itunde früher und gleich viel stärker als in dem entsprechenden ontrolversuch auf. Verf. hat das Mittel bei eigentlichen Magen-ffectionen nicht versucht, weil er die Schleimhaut reizenden, ber durchaus nicht ätzenden Eigenschaften des Orexins scheute, lafür aber mit glänzendem Erfolge bei Anorexie nach schweren)perationen, wenn es darauf ankam, dass die Kranken sich gut ıährten, ferner bei Chlorose, pleuritischem Exsudate, Lungen-mphysem, Herzkrankheiten oder bei allein vorhandener Appe-itlosigkeit. Mehrere kurze Krankengeschichten illustriren Ver-assers Behauptung. Aus Verf. Versuchen geht hervor, dass in *ielen Fällen das salzsaure Orexin im Stande ist, den fehlenden ippetit herbeizuführen und dadurch die gesundere Ernährung* zu eben. Nur bei 5 von den 36 Kranken trat gar keine, bei 5 eine ındeutliche Wirkung ein, verhältnissmässig selten erschien der ppetit einige Stunden nach der ersten Gabe (7 Mal), gewöhnlich eschah solches erst nach einigen Tagen, zuweilen aber auch anz plötzlich nach Ablauf von einem oder mehreren Tagen (7 Ial). Unangenehme *Nebenwirkungen* sind bei zulässigen Gaben elten vorgekommen, einige Mal ein brennendes Gefühl längs der peiseröhre, 5 Mal Erbrechen. Das Wie der Wirkung des Mit-els auf den Appetit weiss Verf. sich nicht zu erklären. *Dosirung*: ,5 pro dosi, 1,5 pro die, durchschnittlich 1—2 Mal täglich 0,3 is 0,5 in gelatinirten Pillen mit einer grösseren Menge Flüssig-eit. — Verf. bittet zum Schlusse die Collegen das Mittel zu ver-uchen, aber von demselben nicht mehr zu erwarten als aus sei-em nicht ganz zureichenden Material sich ergeben hat.

Hinze.

'lesch: Ueber die Behandlung des Stimmritzenkrampfs. (D. med. W. № 1).

Die Krankheit kommt meist bis zum 21. Lebensmonat vor, auptsächlich bei Rhachitischen, doch nicht ausschliesslich. Zwei Dinge konnte Verf. bei den zu Grunde gegangenen Kindern con-tatiren: der eine stets vorhandene Befund war Ueberfüllung des Iagens und der Därme mit unverdautem Aliment, der zweite die nwesenheit von zwei kleinen festen Drüschen am N. recurr. sin.

Kommt man zum Anfall, so sorge man für frische Luft, ent-rne anschliessende Bedeckungen, lasse das Kind ruhig liegen, ıache bloss ein Klystier, einerlei ob Oeffnung gewesen ist oder icht. Kommt das Kind wieder zu Luft, so muss die Umgebung ihm während der ersten zwei Tage möglichst zu Gefallen leben; während es schläft, muss Jemand neben seinem Bett wachen, da-mit es beim Erwachen ein freundliches Gesicht erblicke. Fortan darf das Kind nur flüssige Nahrung erhalten, Suppe, Milch, Kaffee, nicht mit der Flasche, sondern mit dem Löffel; Brod oder Brei erst frühestens nach 6—8 Wochen. Dabei gedeihen die Kinder und werden blühend. Der Stuhl muss regelmässig inspicirt wer-den, im Anfang findet man oft unverdaute Stühle, thonartige Massen, doch bei dieser Diät stellen sich bald gute Stühle ein. Arzneien sind gar keine nöthig, alle sind gleichmässig ohne Wirkung.

Man soll die Kinder nicht an die Luft hinausbringen, sondern im Zimmer lassen, bis die Gefahr vorüber ist. Max Schmidt.

C. J. Rossander: Ein Fall von pulsirendem Exophthalmos. (Hygiea 1888).

Pat., Arbeiter, 30 J., war vor etwas mehr als einem Jahre mit einigen vereinzelten Balken einen 300 Ellen langen Wasser-fall hinuntergestürzt. Er wurde arg gedrückt und litt längere Zeit an Symptomen von Fractur der Basis cranii. Nach 6 Mona-ten begann das rechte Auge hervorzutreten, und nach weiteren drei Monaten zeigten sich Pulsationen zuerst im medialen Augen-winkel. Von dort breiteten sie sich lateral aus. Den 25. Mai 1888 stat. präs.: der Bulbus ist der Sitz eines ganz bedeutenden (wenigstens 1 Ctm. vortretenden) Exophthalmos; derselbe lässt sich durch Druck zurückschieben, wobei ein schnurrender Laut unter den Fingern zu merken ist. Ein haselnussgrosser Tumor ist über dem medialen Theile des oberen Augenlides zu fühlen, ein noch grösserer auf der Grenze zwischen dem medialen und lateralen Drittel. Beide pulsiren, wie auch das Auge selbst. Auch der linke Bulbus ist vorgetrieben, wenn auch weniger, und auch hier besteht im innern Augenwinkel ein pulsirender Tumor. In der rechten Papille eine ziemlich ansehnliche Stase mit ein-gesprengten rothen Radien. S = 0,3. Linke Retina gesund. Bei Druck auf die Carotis dextra verschwinden die Pulsationen. Den 25. Mai Ligatur der rechten Carotis. Pat. fühlt sich äusserst wohl. Die Pulsationen verschwanden; nach 3 Wochen die Lage des linken Auges ganz, die des rechten beinahe normal; die Tu-moren nicht mehr zu fühlen. Buch (Willmanstrand).

Ugolino Mosso und Drd. Alippio Rondelli: Ueber Einathmung auf 200° erhitzter Luft mittelst des von Dr. Weigert zur Heilung der Phthisis construirten Apparats. (D. med. W. 1889, № 27).

Auf Anregung von Prof. Bozzolo sind die vorliegenden kri-tischen Untersuchungen in dessen Klinik ausgeführt worden. Be-gonnen wurde mit einem physikalischen Versuch: zwischen zwei mit ihren weiten Mündungen aufeinander gestellten Trichtern wurde ein Diaphragma von doppelt gefalteter und befeuchteter Gaze ausgespannt, in beiden dadurch erhaltenen conischen Kam-mern wurden Thermometer angebracht und nun heisse Luft mit einem Blasebalge durchgetrieben. Die eine Kammer zeigte 180—200°, die andere 20—25°, und dieses Verhältniss änderte sich bei Fortgang des Versuches nicht.

Dann wurden grosse Hunde tracheotomirt, ein Thermometer in die Luftröhre, resp. bis dicht unter den Kehlkopf, resp. zwi-schen die Stimmbänder geschoben, die Wunde wurde wieder ge-schlossen und die Thiere mussten mittelst luftdicht schliessen-den Gummimaulkorbs heisse Luft von 160° C. einathmen. Alle Versuche ergaben, dass die Luft bereits durch den Contact mit den obersten Luftwegen, — über den Stimmbändern — so weit abgekühlt wurde, dass ihre Temperatur um $^1/_2$° niedriger als diejenige des Rectums war.

Mittelst des Leslie'schen Würfels wurde sodann constatirt, dass die ausgeathmete Luft nach Einathmung von 180° heisser Luft von gleicher Temperatur ist, als wenn man Luft von 18° eingeathmet hat.

Dann wurde experimentell festgestellt, dass bei Einathmung von auf 180° erhitzter Luft der Wasserverlust des Organismus ge-ringer ist, als bei gewöhnlicher Athmung. Die Erklärung liegt darin, dass man im ersteren Falle eine sehr verdünnte Luft ath-met und die absolute Luftmenge eine geringere ist.

Um zu entscheiden, ob die in den Organismus eingeführte grössere Wärmemenge vielleicht die Bluttemperatur erhöht, wurde ein Thermometer in die Carotis möglichst weit zum Her-zen vorgeschoben. Dabei erwies sich eine Zunahme der Bluttem-peratur um 4 Zehntelgrade, doch war die Bluttemperatur immer-hin um $^1/_2$ Grad niedriger, als im Rectum. Diese Hitze hat also keinen Einfluss auf die Körpertemperatur, denn nach $1^1/_2$ stün-digem Heissluftathmen wurde keine Zunahme der Rectumtempe-ratur beobachtet. Max Schmidt.

Prof. Pick (Prag): Ueber Geisteskrankheit nach Influenza. (Neurol. Centralbl. № 4).

Ein 20-jähriges Mädchen erkrankte am 4. Januar an Influenza, begann zu phantasiren. Die psychische Störung — acute Ver-wirrtheit mit Unruhe und Schlaflosigkeit überdauerte den Fieber-abfall, so dass die Kranke der Klinik übergeben werden musste.



Vom 13. Jan. an wurde sie ruhiger und klarer, am 18. Januar konnte sie als genesen entlassen werden. Bei einem anderen Mädchen (Beobachtung von Kisch) zeigte sich im Beginn der Influenza schnell vorübergehendes Irrereden, ohne dass es zur Ausbildung einer Psychose gekommen wäre.

(Bei den Fällen von acut entstandener Geistesstörung, welche nach der Influenzaepidemie in Riga der Anstalt Rothenberg übergeben wurden, sahen die Angehörigen der Pat. in mehreren Fällen die überstandene Influenza als Ursache der Störung an, doch konnte nur in einem Falle (Frau von 36 Jahren) ein unmittelbarer Anschluss der Psychose an die abklingende Influenza erwiesen werden. Auch hier handelte es sich um eine schnell verlaufende acute hallucinatorische Verwirrtheit mit günstigem Ausgang.) Mercklin.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Daubler: Norwegen und dessen klimatische Heilmittel. 8°. 56 S. Berlin 1889.

Durch Bekanntschaft mit den verschiedensten Klimaten der Erde und längeren Aufenthalt in Norwegen ist Verf. besonders berufen eine klimatologische Arbeit über dieses Land zu schreiben. Er empfiehlt namentlich die Südwestküste mit ihren meilenweit einschneidenden Fjords, die durch den Golfstrom ein ungemein mildes Klima erhält, so dass die mittlere Temperatur vieler Orte der Küste nie unter 0° fällt, weswegen Norwegen auch zur Wintercur empfohlen werden kann. Interessant sind manche von Verfassers Erfahrungen; so z. B. muss ich Vf.'s Anschauung durchaus zustimmen, dass es keineswegs gleichgiltig ist, ob ein Curort in hässlicher Umgebung z. B. auf einer einförmigen Düne liegt, oder die reizvolle stets fesselnde Zugabe einer schönen romantischen Natur hat, wie sie die norwegischen Fjords und wie sie auch viele Orte Finnlands bieten. Angenehm berührt die objective Ruhe der Darstellung. Das Werkchen sei allen, die sich für Klimatologie interessiren und besonders allen Norwegenfahrern zu anregender Lectüre empfohlen.

Buch (Willmanstrand).

Schilling: Hydrotherapie für Aerzte. 8°. 50 S. Berlin 1889. Heuser's Verlag.

Nach einem kurzen geschichtlichen Abriss, in welchem Verf. mit Recht beklagt, dass die Hydrotherapie den Aerzten noch so fremd ist, beschreibt er eben so kurz die physiologische Wirkung des Wassers. Obgleich diese Schilderung im Ganzen zutreffend ist, hauptsächlich auf Winternitz fussend, so ist sie doch zu kurz und aphoristisch, um überzeugend zu wirken. Man muss, wenn man nicht vorher mit dem Gegenstand vertraut ist, eine Portion Vertrauen mitbringen. Wünscht man streng wissenschaftliche Behandlung, muss man immer wieder auf Winternitz Hydrotherapie auf physiologischer Grundlage zurückgreifen. Den dritten grössten Abschnitt des Werkchens bildet die Methodik. Diese ist ziemlich erschöpfend behandelt, wenn auch manche Flüchtigkeiten gerügt werden müssen, so z. B. ist der so wichtige Unterschied zwischen kurzen und langen kalten Sitzbädern, welche ja diametral entgegengesetzte Wirkungen ergeben, gar nicht erwähnt worden. Immerhin wird das Werkchen vielen Aerzten, die sich in Kürze mit dem Gegenstand vertraut machen wollen, gute Dienste leisten und ausserdem den Besuchern von Wasserheilanstalten von Nutzen sein.

Buch (Willmanstrand).

Bericht über die wissenschaftliche Thätigkeit des Vereins St. Petersburger Aerzte für 1889.

Während des Jahres 1889 hielt der Verein 15 Sitzungen ab, in welchen von 16 Mitgliedern und 2 Gästen 44 wissenschaftliche Mittheilungen gemacht, 17 Patienten vorgestellt und zahlreiche anatomische und bacteriologische Präparate, photographische und andere Abbildungen, chirurgische und orthopädische Instrumente und Apparate, pharmaceutische Producte etc. demonstrirt wurden.

Die Vorträge und Mittheilungen vertheilen sich folgendermaassen auf die einzelnen Disciplinen:

Chirurgie.

Dr. Anders: Ueber die Indicationen der Kniegelenkresection im Kindesalter.
Derselbe: Zur Operation der Atresia ani.
Derselbe: Ein Fall von Fussresection nach Wladimirow-Mikulicz.
Dr. Dombrowsky: Ein operirter Fall von Osteomyelitis acuta.
Derselbe: Ein Fall von Resection des Ellenbogengelenkes nach Tiling.
Derselbe: Ueber Empyem der Stirnhöhle.
Derselbe: Ein operirter Fall von Hydrops der Highmorshöhle.
Dr. Horn: Ein Fall von Zerreissung der Sehne des M. quadriceps femoris.
Dr. Masing: Ein Apparat zur Behandlung von Querbrüchen der Patella.
Derselbe: Ueber die Anwendung immobilisirender Verbände bei der Behandlung des Accessoriuskrampfes.
Dr. Selenkow: Ueber die Behandlung der einfachen Knochenbrüche.
Derselbe: Ueber die Gastroenterostomie bei carcinomatöser Stenose des Pylorus.
Prof. Dr. Tiling: Ein Fall von acuter Osteomyelitis des Oberschenkels.
Derselbe: Ueber Exostosis cartilaginea bursata.

Innere Medicin.

Dr. de la Croix: Ueber den Bacillus mallei (Demonstration von Reinculturen).
Derselbe: Statistische Daten über die Mortalität an Lungentuberculose im städtischen Peter-Paul-Hospitale.
Derselbe: Ueber die combinirte Kreosot-Terpentin-Behandlung der Lungentuberculose.
Dr. Kernig: Ein Fall von Krebs des Mediastinum und der rechten Lunge.
Derselbe: Dettweiler's Taschenfläschchen für Hustende.
Derselbe: Ueber Myxoedem.
Dr. Moritz: Ein Fall von Malleus.
Derselbe: Die Influenzaepidemie in St. Petersburg.
Dr. Schenk: Ein Fall von subphrenischem Abscess.

Dermato-Syphilidologie.

Dr. Petersen: Ein Fall von Lepra, gebessert durch Salicyl-Behandlung.
Derselbe: Hilfsmittel zum Studium der Hautkrankheiten.
Derselbe: Ein Fall von universellem toxischem Erythem.
Derselbe: Demonstration dermatologischer Photographien.
Derselbe: Ein Fall von multipler Hautgangrän (Herpes zoster gangränosus).

Augenheilkunde.

Dr. v. Schröder: Ein theilweise resorbirter Cysticercus in einer tuberculösen Neubildung im Innern des Auges (anatomisch untersucht von Dr. Westphalen).
Derselbe: Ein aus dem Glaskörper eines sehenden Auges extrahirter Cysticercus.
Dr. Germann: Ueber die Behandlung syphilitischer Augenleiden mittelst intramusculärer Injectionen von Hydrargyrum salicylicum.

Rhino-Laryngologie.

Dr. Lunin: Zur Behandlung der Nasenpolypen.
Derselbe: Ueber die Hypertrophie d. unteren Nasenmuscheln.
Derselbe: Ein Fall von Larynxerysipel.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Dr. Barthel: Ein operirter Fall von Hydrosalpinx.
Prof. Dr. Bidder: Demonstration einiger gynäkologischer Präparate.

Nervenheilkunde.

Dr. v. Schroeder: Ein Fall von Apoplexie der vorderen Vierhügel.
Dr. Westphalen: Ein Fall von Paramyoclonus multiplex.

Kinderheilkunde.

Dr. Lunin: Ueber den Einfluss einiger antipyretischer Behandlungsmethoden auf die Temperaturcurve und die Körpergewichtsschwankungen bei Abdominaltyphus im Kindesalter.

Pathologische Anatomie.

Dr. Petersen: Multiple Steinbildung in der Pars prostatica urethrae.
Derselbe: Doppelseitiger partieller Defect der Ulna.
Dr. Westphalen: Ueber Knochencysten.

Pharmacie und Balneologie.

Dr. Biel: Einige neue pharmaceutische Präparate.
Dr. Selenkow: Das Mineralwasser von Borshom.

Längere Discussionen wurden geführt: über die Indicationen der Kniegelenkresection im Kindesalter; über die Behandlung der Nasenpolypen; über die Mortalität an Lungentuberculose und die Verhütung der tuberculösen Infection in Hospitälern; über die Behandlung der Lungentuberculose mit Kreosot und Terpentin; über die Influenzaepidemie in St. Petersburg.

Secretär: Dr. E. Blessig.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 23. Januar 1890.

1) Dr. Kernig legt die von Prof. Leyden (Berlin) dem Vereine zugesandten *„Mittheilungen über die in Berlin herrschende Influenza-Epidemie"* (Protokolle der Sitzungen des Vereins für innere Medicin den 16. Dec. und 6. Jan. Separatabzug aus der Deutschen med. Wochenschr.) vor. Aus denselben ist zu ersehen, dass die Epidemie in Berlin ebenso wie bei uns zu Anfang eine leichte war, später aber einen viel schwereren Charakter annahm. Von den in der Berliner Epidemie beobachteten Complicationen der Influenza sind besonders zu erwähnen: Blutungen (der Nieren etc.), Purpura hämorrhagica, scharlachähnliches Exanthem, schwere catarrhalische Pneumonie mit Uebergang in Abscess, eitrige Pleuritis etc. Die Epidemie scheint in Berlin eine noch grössere Ausdehnung gehabt zu haben als hier, da die Hälfte der gesammten Bevölkerung ergriffen gewesen sein soll. Die Frage nach der Contagiosität der Influenza ist auch von den Berliner



Aerzten offen gelassen worden; die Beobachtungen in geschlossenen Anstalten sind widersprechend und für die Entscheidung dieser Frage nicht verwerthbar.

2) Prof. Tiling theilt folgenden *Fall von Chloroformtod* mit: 9-j. schwächlicher Knabe mit *Spondylitis dorsalis*, im Nov. wegen eines Senkungsabscesses unter der Scapula im Oldenburger Kinderhospitale operirt, wird wegen eines tuberculösen Recidivs in der Narbe in's Klinische Institut aufgenommen. Am 9. Jan. wird Pat. zum Auskratzen des Recidivs chloroformirt; die Narkose wird in der Seitenlage des Pat. langsam eingeleitet; bei Beginn des Auskratzens reagirt Pat. durch Schreien und Bewegungen, weshalb noch einige Tropfen Chloroform zugegossen werden; bei erneutem Beginn des Kratzens schreit und windet sich Pat. wieder, und obgleich die Chloroformkappe entfernt worden ist, wird Pat. plötzlich blass, die Pupillen weit, der Puls klein; die Athmung bleibt tief, wird aber sehr langsam; sofort künstliche Respiration, Excitantien, Sauerstoffinhalation, Faradisation des N. phrenicus; bei Unterbrechung der künstlichen Athmung treten in grossen Pausen einzelne tiefe Inspirationen ein; dieselben werden trotz fortgesetzter Belebungsversuche immer seltener und bleiben schliesslich ganz aus; anderthalb Stunden lang fortgesetzte künstliche Athmung, Bäder, Begiessungen, Bastonade bleiben vergeblich. Es waren ca. 20,0 Grm. Chloroformii e Chlorale parat. verbraucht worden. Am nächsten Tage *Section*: Herzmuskel schlaff, braun; kein Klappenfehler; in den Lungen einige alte und frische Tuberkel; eben solche in Leber und Milz; von den Wirbeln erweisen sich der 6.—8., 10., 11. u. 12. Brustwirbel erkrankt und grössten Theils zerstört; Blut dunkel, flüssig. Auffallend war in diesem Falle das allmälige Erlöschen der Respiration.

3) Prof. Tiling berichtet ferner über *zwei Fälle von Herniotomie*, in deren Verlaufe *Lungenerscheinungen* beobachtet wurden:

Fall I: Frau 68 J. a., rechtsseitige Cruralhernie, incarcerirt seit 5 Tagen; Haut über der hühnereigrossen Hernie geröthet. Operation ohne Chloroform, unter Cocain; subcutanes Gewebe verfärbt, Bruchsack und Darm bräunlich; es gelingt nicht, den Finger in die Bruchpforte einzuführen, dieselbe wird auf der Hohlsonde erweitert; das incarcerirte Darmstück (Dickdarm) zeigt an einer Stelle beginnende Nekrose; bei stärkerem Zuge strömt Koth hervor; da die Umgebung der Bruchpforte voraussichtlich noch nicht inficirt ist, wird der Darm resecirt (15—16 Ctm.), mit Doppelnaht geschlossen und versenkt; vom Bruchsack wird nur der Hals vernäht. Der weitere Verlauf gut; nur am 2.—4. Tage Temperatur bis 38,8°, Rasseln in den Lungen. Wegen drohender hypostatischer Pneumonie wird die Rückenlage aufgegeben, worauf die Erscheinungen von Seiten der Lungen schwinden.

Fall II: Frau 60 J. a., sehr fettleibig, nicht redressirbare Umbilicalhernie, incarcerirt seit 5—6 Tagen; Operation unter Chloroform wie gewöhnlich (ohne Darmresection). Schon am Abend desselben Tages Dyspnoë, die sich im Laufe des nächsten Tages zu heftiger Athemnoth steigert; die Rückenlage wird sofort aufgegeben; Tags darauf Cyanose, Resp. 36; in der linken Lunge kleinblasiges Rasseln, kleiner Dämpfungsbezirk; die Dyspnoë hält sich noch etwa 2 Tage auf der gleichen Höhe, lässt dann allmälig bis zum 6. Tage nach. Temperatur am 1. Tage 36°, in den nächsten Tagen etwas ansteigend, doch war während der Akme der Dyspnoë und Cyanose die Temp. normal und hob sich erst mehr, nachdem letztere Erscheinungen geschwunden und wegen Corpulenz der Pat. und davon abhängiger Verschiebung des Verbandes eine Eiterung im Bruchsack entstanden war.

Die im Anschlusse an Herniotomien zu beobachtenden Lungenerscheinungen sind neuerdings in einer unter Gussenbauer's Leitung verfassten Arbeit von Pietrzikowski eingehend behandelt worden: letzterer fand in ¹/₄ aller Fälle von Herniotomie leichte Lungenerscheinungen, meist in Form lobulärer Pneumonien: meist waren es solche Fälle, in denen der Darm nicht resecirt, sondern einfach reponirt wurde. G. und P. nehmen als Ursache dieser Erscheinungen Embolien der Lunge von den thrombosirten Venen der incarcerirten Darmschlinge aus an; je nachdem, ob nun der Embolus infectiös ist oder nicht, kommt es dabei entweder zu einer lobulären Pneumonie oder zu einem einfachen Infarct der Lunge. Diese Anschauung findet eine Stütze in den Experimenten P.'s an Hunden, denen er Darmschlingen incarcerirte; er fand dabei Infarcte in Lunge und Leber.

Vortr. ist der Ansicht, dass es sich in dem zweiten der oben mitgetheilten Fälle um eine solche reine, nicht infectiöse Embolie gehandelt habe. Beide Pat. sind geheilt entlassen.

4) Prof. Tiling stellt einen Patienten vor, an dem er wegen einer im Juni stattgehabten atypischen Luxatio iliaca, nach vorherigem erfolglosem (5 Monat post luxationem) Redressement, im November die *Resection des rechten Hüftgelenkes* ausgeführt hat. Es wurde das ganze Collum femoris entfernt, so dass jetzt der Trochanter auf dem Planum iliacum gleitet. Die Beweglichkeit des Gelenkes ist eine so gute, dass sie nicht hinter der der gesunden Seite zurücksteht.

5) Prof. Tiling stellt ferner einen Knaben vor, welchem Dr. Johannsen im Mai 1887 wegen Synovialtuberculose die *Arthrectomie des rechten Kniegelenkes* mit Schonung der Lig. patellae propr. et lateralia nach der von T. vorgeschlagenen Methode gemacht hat. Pat. hinkt nicht, kann niederhocken, bewegt das resecirte Knie fast so normal wie das gesunde, beugt es activ bis etwas über den rechten Winkel, streckt es activ vollkommen; die Seitenbänder sind straff und lassen keinerlei seitliche Wackelbewegungen zu. Die Patella ist ganz frei beweglich. Letzteres zu erreichen ist eine der schwierigsten Aufgaben der Nachbehandlung der Arthrectomia genu.

6) Prof. Bidder demonstrirt eine linksseitige, durch Laparotomie gewonnene *Hydrosalpinx* von Faustgrösse. Das Präparat ist dadurch ausgezeichnet, dass es nicht die gewöhnlichen Einschnürungen zeigt, sondern die Form einer einfachen, stark gekrümmten Retorte darbietet, indem durch die perisalpingitischen Adhäsionen das Abdominalende der Tube dicht an das Uterinende derselben herangezogen worden war. Daher war die Operation auch ganz einfach. Rechterseits fand sich derselbe Process, aber ganz im Beginn. Auch diese Tube wurde entfernt. Pat. ist anstandslos genesen.

7) Prof. Bidder berichtet ferner über eine mit der Zange ausgeführte *Umwandlung einer Scheitellage in eine Gesichtslage*. Die 21-jährige Primipara hatte schon 24 Stunden gekreisst, wobei das Fruchtwasser allmälig abgegangen war, und zeigte am 20. December um 11 U. M. folgenden *St. praesens*: Muttermund 3¹/₂ Finger weit eröffnet, seine vordere Lippe ödematös, Kopf in der Beckenhöhle, quer, grosse Fontanelle fast in der Achse, etwas nach rechts abweichend, Rücken links, Herzschlag am stärksten in der Mittellinie des Leibes. Um 3 U. M. der Muttermund ganz offen, der Kopf in der Beckenenge, die grosse Fontanelle noch tiefer, so dass rechts hinter der Symphyse Nasenwurzel und oberer Augenhöhlenrand zu erreichen sind. Die Kreissende ist entkräftet, trotz vielfacher Versuche zu drängen kein Fortschritt. Ausserdem musste, wenn irgend möglich, die Bildung einer Stirnlage verhütet werden, die bei dem offenbar grossen Kopfe sehr ungünstige Verhältnisse bieten musste. Also — Zange. Während der Einführung derselben dreht sich der Kopf in den geraden Beckendurchmesser, daher liegt auch die Zange quer im Becken und quer am Kopfe. Der erste Versuch galt der Drehung des Kopfes um seine senkrechte Axe mit dem Hinterhaupt nach vorn, was Vortr. bei hinteren Stellungen mit Vorliebe und oft mit sehr gutem Erfolge executirt, es gelang nicht, weil die Zange am Kopfe hinglitt, ohne ihn zu drehen. Nun wurde versucht, wie bei „Vorderscheitellagen" das Hinterhaupt über den Damm zu heben, da die Nasenwurzel ja schon unter der Symphyse stand. Auch hierbei rührte sich der Kopf nicht. Es blieb nur noch übrig, das Gesicht herabzuleiten, wie Vortr. das vor einigen Jahren schon beschrieben hat. Die Zange wurde möglichst senkrecht gestellt, der Zug möglichst senkrecht nach abwärts gerichtet. Dabei erschien zuerst die Nase unter der Symphyse, dann der Oberkiefer; der Unterkiefer blieb bei geöffnetem Munde hinter dem unteren Rande der Schoossfuge hängen, und wurde von dort mit dem Finger hervorgeholt. Nun war die Gesichtslage vollkommen hergestellt und in gewöhnlicher Weise konnten nun ohne Schwierigkeit Stirn, Scheitel und Hinterhaupt über den Damm gebracht werden. Der Damm spannt sich dabei ausserordentlich, so dass ein innerer Riss fast bis auf die äussere Haut entsteht. Darum tiefer Schnitt in die linke Labie, der später durch 3 Nähte geschlossen wird. Die Haut des Dammes ist kaum ¹/₂ Ctm. weit eingerissen, und wird nicht genäht. Das Gesicht des Kindes ist garnicht verunstaltet, Zangenspuren kaum zu sehen. Das Kind ist 52 Ctm. lang, 12 ℔ schwer, Kopfmaasse: gerader 12, grosser schräger 14, grosser querer 10,5, kleiner querer 9, kleiner schräger 10,5, Umfang 40; Schultern 13, Hüften 10,5. — Das Wochenbett ist bis auf ein Paar geringe Temperatursteigerungen am 3. und 4. Tage normal verlaufen. Das Kind entwickelt sich gut.

Vortr. hat vorstehenden Fall ausführlich referirt, weil er einen Beweis dafür liefert, was mit der „classischen" Zange (hier war die Busch'sche gebraucht worden) geleistet werden kann, wenn sie geführt wird mit der klaren Vorstellung von dem in jedem Momente einer gegebenen Geburt möglichen Mechanismus. Das lässt sich mit keiner Achsenzugzange erreichen, jedenfalls nicht mit Absicht, und darum hält Vortr. letztere für überflüssig, sehr erwünscht dagegen schon im Unterricht eine weniger schablonenhafte Uebung der Zangenoperation, als es bis jetzt leider meistentheils der Fall ist.

8) Mag. Martens spricht über die *Geschichte des Mikroskops* anlässlich der bevorstehenden 300-jährigen Gedenkfeier der Erfindung desselben. (Der Vortrag ist zur Veröffentlichung bestimmt). Zugleich demonstrirt Vortr. einige Diagramme von Linsensystemen und eine Anzahl Zeiss'scher Mikroskope älterer und neuerer Construction. Secretär: Dr. E. Blessig.

Auszug aus den Protokollen
der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat
in den Jahren 1888 und 1889[1]).

1. Herr Otto berichtet über einen Fall von congenitalem behaartem Rachenpolypen, welcher bei einem neugeborenen Kinde (Mädchen) die ernstesten Respirationsstörungen hervorgerufen

[1]) *Anmerkung der Redaction*: Indem wir von jetzt ab die Protokolle der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat in der Wochenschrift veröffentlichen werden, beginnen wir mit Vorstehendem die nachträgliche Publication eines kurzen Auszuges der bisher ungedruckten Protokolle jener Gesellschaft in den Jahren 1888 und 1889.

hatte und *17 Stunden nach der Geburt* von ihm erfolgreich abgetragen wurde.

Der Tumor hatte die Grösse einer starken Haselnuss, war an der hinteren linken Fläche des Velums vermittelst eines 3 Mm. dicken Stieles befestigt und verlagerte während der Inspirationsphase ventilartig den Kehlkopfeingang.

Mikroskopisch zeigte die Geschwulst zunächst Hautbedeckung mit Haaren, Haarbälgen und Talgdrüsen; ein Papillarkörper fehlte. Zwischen der Hauptmasse der Geschwulst, die aus Fettgewebe bestand, welches von gefässführenden Bindegewebszügen durchsetzt war, und der Haut war ein Hohlgebilde von hyalinem Knorpel eingelagert. Dasselbe war mit Perichondrium versehen und scharf von der Umgebung abgegrenzt. Ausser Blutgefässen fanden sich in dem Tumor noch Lymphgefässe und Nerven; Knochengewebe war nirgends vorhanden.

O. weist auf die wenig sicheren Anhaltspuncte bezüglich der pathogenetischen Erklärung dieser Tumoren hin. Die Literatur kenne bisher einschliesslich des in Rede stehenden Falles 8 unzweifelhafte, theilweise recht gut beschriebene Fälle, die zu einer durchaus wohlcharakterisirten Geschwulstgruppe zu gehören scheinen.

Man hat diese Tumoren, die nicht allein aus dem Rachenraum, sondern auch von der Mundhöhle her ihren Ausgangspunct nehmen können, als Vorstufe der Epignathi, also als parasitäre Doppelmissbildungen gedeutet. Dieser Vermuthung, wie sie von Schuchardt ausgesprochen wurde, tritt neuerdings Arnold entgegen, indem er die congenitalen behaarten Rachenpolypen nicht wie die Epignathi von einem verkümmerten *Zwillings*keim ableitet, sondern auf eine Dislocation abnormer Gewebskeime zurückführt, wie sie sich in den verschiedenen Stadien bei der Entwickelung *eines* Embryo durch Vermittelung des Ektoderms vollziehen können.

O. verzichtet auf eine selbständige Stellung innerhalb dieser Frage, möchte aber an die Thatsache erinnern, dass es alle nur möglichen Reihenübergänge vom congenitalen behaarten Rachenpolypen bis zum complicirtesten Epignathus giebt, so dass er für seine Person die Schuchardt'sche Deutung nicht ganz von der Hand zu weisen vermag. (Der Vortrag ist in Virch. Arch. im 115. Bande 1889 publicirt).

Herr Kessler tritt seinerseits für die Theorie Arnold's ein. Bei der Vereinigung der Mundbucht mit dem Schlundrohr zur späteren Mundrachenhöhle sei Gelegenheit genug gegeben zur Abschnürung epidermoidaler Keime, welche in ihrer weiteren Entwickelung zur Bildung derartig mit Haut umkleideter Gebilde führen können.

Es widerstrebe ihm überhaupt bei dem Zustandekommen der verschiedenen teratoiden Bildungen die Erklärung einer ursprünglich doppelten Foetalanlage.

2. Herr Jaesche hält einen Vortrag: *Ueber Amblyopie aus centraler Ursache.*

Nach Besprechung einiger Formen mit Betheiligung der Centralorgane — Neuroretinitis bei Albuminurie und Lues, Stauungspapille mit Blutextravasaten und Trübung der Netzhaut in Fällen von Hirngeschwülsten, ophthalmoskopisches Bild bei Entzündung der Hirnhäute, bei Tabes dorsalis — und Vorweisen selbstentworfener ophthalmosk. Bilder, bespricht Vortragender einen Fall von *begrenzter Affection des Sehnervencintrittes und seiner Umgebung mit centralem Gesichtsfelddefect.* Dieser Befund konnte bei einer Kranken im mittleren Lebensalter im Laufe von 7 Jahren ein Mal im rechten und zwei Mal im linken Auge erhoben werden und jedes Mal bildete sich der Process erst nach mehreren Wochen zur Norm zurück. Da andere Symptome, ausser geringem anfänglichem Kopfschmerz, der selbst das letzte Mal ganz ausblieb, fehlten, war es besonders schwierig zu entscheiden, ob die Affection bloss den Sehnerven beziehungsweise seine Einscheidungen betraf, oder durch centrale Ursache bedingt war. Die Betheiligung bald des einen, bald des anderen Auges sprach indess mehr für die letztere.

Endlich bespricht J. einen Fall, welchen er bei einem 70-jährigen Fräulein, das vor einigen Monaten über Sehstörungen klagte, beobachten konnte. Es bestanden anscheinend keine anormalen Symptome; erst eine Aufnahme der Gesichtsfelder brachte einen begrenzten homonymen, rechtsseitigen Defect zum Vorschein, der sich jetzt im Laufe von $2^1/_2$ Monaten deutlich vergrössert hat. Mit einiger Sicherheit lässt sich die Diagnose auf einen allmälig zunehmenden Erkrankungsherd im linken Hinterhauptslappen stellen.

Herr Jansen berichtet als weiteren casuistischen Beitrag für die homonyme oder symmetrische Hemiopie über einen Fall, in welchem ein über 70 Jahre alter Mann vor etwa 8 Jahren zunächst von einem apoplectischen Insulte betroffen wurde, der rechtsseitige Hemiopie und Hemiparese zur Folge hatte. Die Sprachstörung war charakterisirt durch partielle motor. sowie sensor. Aphasie (Worttaubheit) und damit zusammenhängenden Verlust des Wortgedächtnisses (verbale Amnesie). Ob auch Wortblindheit im Spiele war, vermag J. nicht anzugeben.

Das Sprachvermögen hat sich bis zu einem gewissen Grade wiederhergestellt, ebenso die Motilität, während die Hemiopie seit 8 Jahren stationär ist.

Auf welchem Puncte im Verlaufe der Opt.fasern die Läsion lag, lässt sich streiten. Die Vermuthung scheint gerechtfertigt, dass die linke Hemisphäre etwa vom Sprachcentrum ab längs der Fossa Sylvii bis nach hinten zum hemiop. Centrum betroffen war.

Vor zwei Monaten entwickelte sich nach initialem heftigem Kopfschmerz unter den Erscheinungen eines 2—3 Tage dauernden soporösen Zustandes offenbar ein collaterales Oedem in der Umgebung des Erweichungsherdes. In dem Maasse, als sich dieses unter Freiwerden des Sensoriums zurückbildete, stellte sich die Thatsache heraus, dass Pat. auf beiden Augen erblindet war.

Diese Amaurose verschwand im Verlaufe von 24—36 Stunden und hinterliess nur die rechtsseitige Hemiopie quo ante.

Herr Jansen glaubt nun diese vorübergehende Amaurose durch ein von Ferrier angeblich im Gyrus angularis entdecktes zweites Gesichtscentrum der gekreuzten Amblyopie erklären zu können, welches im Gegensatz zum Occipitallappencentrum das Gesichtsfeld beider Augen nicht partiell, sondern total beherrscht. Dies geschieht jedoch so, dass die ungleichnamige Seite in weit höherem Grade als die gleichnamige betroffen wird. Charakteristisch für dieses lädirte Centrum Ferrier's ist, dass die sogenannte gekreuzte Amblyopie von nur vorübergehender Dauer ist. Die Wiederaufhellung der Gesichtsfelder sei dem Umstand zuzuschreiben, dass das correspondirende unverletzte Centrum der anderen Hemisphäre für den Ausfall der Thätigkeit des lädirten vicarirt.

J. zieht das hypothetische Centrum zur Erklärung heran. Wie wäre es sonst zu verstehen, dass nach Verschwinden sämmtlicher übriger Druckerscheinungen die Amaurose als einziges Drucksymptom bis zu $1^1/_2$ Tagen länger hätte fortbestehen können. Er nimmt an, dass das Oedem in der nächsten Nähe des Erweichungsherdes sich auf die linke Hemisphäre allein beschränkt habe. Bei der Nähe des Gyrus angularis vom Occipital- und Schläfenlappen wäre es also auch hier zu Druckwirkungen gekommen.

3. Herr Ströhmberg hält seinen Vortrag: *«Die Augen der Schüler des Dorpater Gymnasiums».*

Im Anschluss an die Koppe'schen Untersuchungen aus dem Jahre 1876 wurden vom Vortragendem im Jahre 1887 bei 476 Schülern des Gymnasiums 952 Augen untersucht. Die Resultate der Untersuchung sind folgende:

Der normale Refractionszustand der Dorpater Gymnasiasten bewegt sich zwischen Emmetropie und $+ 1,0$. Unter 952 Augen befanden sich 554 in diesen Grenzen und zwar 211 Augen mit $+ 0,75$, 107 mit 0,5, 85 mit ∞, 80 mit $+ 0,25$, 71 mit $+ 1,0$.

Die Anzahl aller übrigen Refractionen ist im Vergleich mit diesen Zahlen verhältnissmässig klein. $H > + 1 = 85$ oder 8,69%, M 246 oder 25,84%, As 37 oder 3,9%.

Aus den vorgelegten Curven ging hervor, dass die Procentzahl der Myopen mit beträchtlichen Schwankungen von den niederen zu den höheren Classen ansteigt und dass ein Parallelismus dieser Curve, welche den Helligkeitsgrad der Classen darstellt, existirt. Dasselbe zeigte sich bei der Curve der durchschnittlichen Refraction der einzelnen Classen. Auch ein regelmässiges Ansteigen der Procentzahl der Myopen nach den Altersstufen von 0% bei 9-jährigen, bis 50% bei den 20-jährigen war beobachtet worden.

Von den 469 Schülern, an welchen die Sehschärfe festgestellt worden war, besassen 430 S = 1 oder > 1, 21 S = 0,9, 4 S = 0,8, 6 S = 0,7, 5 S = 0,6, 2 S = 0,5, 1 S = 0,2.

Insufficienz der Mm. recti int. unter 6° wurde sehr oft, über 6° sehr selten gefunden.

Die Untersuchung der Accommodationsbreite der Schüler mit einer Refraction von ∞ bis $+ 1$ ergab, dass dieselbe im Alter von 9—12 Jahren etwas grösser, im Alter von 13—16 Jahren etwas kleiner und im Alter von 18—20 Jahren wiederum etwas grösser war, als die von Donders für die einzelnen Altersstufen festgestellten Werthe.

Vortr. knüpft daran die mit der Thatsache, dass die Schule Myopie erzeuge, in gutem Einklang stehende hypothetische Erklärung, dass die Knaben, die von Hause aus eine schöne Accommodationsbreite besitzen, zum Theil zunächst einen Accommodationskrampf acquiriren, der sich durch Verminderung der Accommodationsbreite verräth. Bis zum 18. Jahre sind die mit Accommodationskrampf befallenen bereits myopisch geworden und unter der Gruppe der Normalsichtigen nur die Widerstandsfähigen, über eine gute Accommodationsbreite Verfügenden nachgeblieben.

Ausserdem fand Vortr. bei schwacher Myopie eine kleine A. bei starker Myopie eine sehr beträchtliche, bei hochgradiger Hypermetropie eine kleine, bei schwacher Myopie eine sehr beträchtliche, bei hochgradiger Hypermetropie eine kleine, bei schwacher Myopie eine sehr beträchtliche A.

Discussion. Herr Jaesche wendet sich gegen die Schlussfolgerungen bezüglich des Grades der von den Schülern erworbenen Myopie, die Vortr. geneigt ist mit den differirenden Helligkeitsverhältnissen der einzelnen Classenräume in directen Zusammenhang zu bringen. Die in einer unteren Classe befindlichen Schüler rücken begreiflicher Weise nicht als geschlossene Masse vor; der jeweilige Bestand einer Classe sei vielmehr durch den Ein- und Austritt der Schüler einem nicht geringen Wechsel unterworfen. Endlich sei eine nicht unwesentliche Fehlerquelle in der Anordnung des Stoffes, die darauf beruhe, dass Vortr. auch



die auf Accommodationskrampf beruhende, also nur scheinbare, Myopie in die Gruppe der manifesten untergebracht habe.

Herr Ströhmberg führt dagegen an, dass eine Untersuchung an atropinisirten Augen sich bei einer Schuluntersuchung aus naheliegenden Gründen verbiete. Auch sei es ihm mehr darauf angekommen, festzustellen, wie viel Schüler nicht mehr im Stande seien, in die Ferne ohne Concavgläser deutlich zu sehen. Die Begriffe Linsenmyopie und Accommodationskrampf decken sich, daher müsse er die mit Accommodationskrampf Behafteten gleichfalls zu den Myopen rechnen.

4) Herr Meyer theilt einen Fall mit, der nicht nur hinsichtlich der Aetiologie und des Verlaufes, sondern auch durch die forensisch-medicinische Bedeutung Interesse verdient.

Bei einer Frau, die zweimal geboren, später wiederholt Aborte und Frühgeburten gehabt hatte und die gerade im 5. Monat gravid war, trat am 23. April Unwohlsein auf, worauf am 25. April unter Schüttelfrösten die Temperatur auf 40° stieg. Am Morgen des 27. April Abgang von Fruchtwasser, Weheneintritt, Blutung. Am Nachmittag war der Abort in vollem Gange, Ausfluss ohne Geruch. Abends Ausstossung des vollkommen frischen Foetus. Placenta manuell entfernt, übelriechend, theilweise weich und morsch. Uterusirrigation, Nachlass des Fiebers. Wegen wiederholter Temperaturerhöhungen, schlechten Lochialsecretes und Schüttelfrösten noch einige Male Irrigation. Puls befriedigend, Appetit gut. Am 9. Mai plötzlich starke Pulsbeschleunigung; am 11. Mai Tod in Folge von Herzparalyse, bedingt durch Sepsis.

Irgend welche Manipulationen an den Genitalien, welche den Abort und das Fieber hätten bedingen können, wurden strict in Abrede gestellt. Späterhin machte jedoch eine Freundin der Frau die Angabe, dass letztere seit Jahren getrennt von ihrem Manne gelebt habe, mehrfach geschwängert worden sei und stets die Schwangerschaft mit Abort geendet hätte. Dadurch scheint die Vermuthung, die Vortr. schon bei der ersten Untersuchung gehabt, nämlich, dass es sich um criminellen Abort gehandelt habe, wesentlich wahrscheinlicher. Der Fall kann wohl kaum anders gedeutet werden, als dass durch Sondirung ein Infectionsträger in die Placenta eingeführt sei und sich zunächst dort eine anfangs Fieber, dann Eintritt des Abortes bedingende locale Infection abgespielt habe, welche zum Schluss den letalen Ausgang veranlasste.

Herr Kessler referirt im Anschluss hieran folgenden Fall: Es handelte sich um eine junge Erstgebärende. Als er zur Pat. hinzugerufen wurde, lagen noch keine Wehen vor, wohl aber Schüttelfrost mit einer Temperatur von 39,7° C. 20 Stunden später wurde das Kind ohne Kunsthilfe in Beckenendlage geboren. Die Temperatur sank, stieg aber bald wieder und es liess sich eine Parametritis, deren Behandlung in der Folge 3 Monate beanspruchte, constatiren. Vortr. glaubt den Schüttelfrost und die Parametritis in causalen Zusammenhang bringen zu müssen. Es fragt sich nur, woher die Infection stammt. Blutung oder vorheriger Abgang von Fruchtwasser war nicht zu verzeichnen.

Herr Meyer spricht die Meinung aus, dass es sich im Falle Kessler's um eine Selbstinfection von einer Partie unterhalb des Orif. int. gehandelt habe, wo sich nach den Untersuchungen von Winter Streptokokken und Staphylokokken finden, die eine derartige Infection bedingen könnten.

Herr Kessler glaubt, dass bei Bewahrheitung der Winterschen Untersuchungen solche Fälle nicht so extrem selten sein dürften.

Herr v. Holst meint, es sei garnicht unbedingt nothwendig, einen Zusammenhang zwischen dem Schüttelfrost und der Parametritis anzunehmen. Während des Geburtsverlaufes selbst könne die Infection zu Stande gekommen sein, dieses sei sogar viel wahrscheinlicher.

Herr Kessler betont, dass inter partum acquirirte Parametritiden erst am 2., 3. oder 4. Tage nach der Geburt Temperatursteigerung verursachen, in seinem Falle jedoch stieg die Temperatur unmittelbar nach der Geburt wieder an. Otto.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Eine Möglichkeit, *das Fortschreiten des Myxoedems und der Cachexia strumipriva zu verhindern,* sieht Prof. V. Horsley (London) in der *Ueberpflanzung der Schilddrüse des Schafes in die Peritonealhöhle* (zwischen Peritoneum und Fascie) des erkrankten Menschen. Jene Krankheiten seien nach Ansicht der meisten Kliniker und Pathologen durch den Ausfall der Schilddrüsenfunction bedingt. Nun habe Schiff nachgewiesen, dass die Exstirpation der Schilddrüse bei Thieren ihre Gefährlichkeit verliert, wenn es gelingt, denselben die Schilddrüse eines anderen Thieres derselben Species in der Bauchhöhle subperitoneal zur Anheilung zu bringen. A. v. Eiselsberg hat Schiff's Versuche weitergeführt und gefunden, dass von 13 Katzen, denen er erst die eine, nach einiger Zeit die andere Hälfte der Schilddrüse exstirpirte und in die Bauchhöhle verpflanzte, 11 zu Grunde gingen unter den für Schilddrüsenmangel charakteristischen Symptomen, 2 am Leben blieben und gut gediehen. Die Section ergab, dass bei Ersteren die Anheilung nicht, bei Letzteren gut gelungen war, indem die Schilddrüse in der Abdominalwand gut vascularisirt und in vollkommen functionstüchtigem Zustande war. Die Schilddrüse des Schafes soll man zur Ueberpflanzung auf den Kranken benutzen, weil dieselbe anatomisch sehr grosse Aehnlichkeit mit der menschlichen habe.

(Brit. med. J. — W. Med.-Bl. № 8.)

— G. Leubuscher hat einige 30 an Lungentuberculose Leidende nach dem Krull'schen Verfahren (cf. Ref. in dieser Wochenschr. 1888, pag. 417) behandelt und veröffentlicht die Resultate von 16 Fällen, da ihm nur in diesen genaue Krankengeschichten zu Gebote stehen. Angewandt wurden die Inhalationen der feuchtwarmen Luft, gemäss Krull's letzten Angaben, täglich einmal 15 bis höchstens 20 Min. lang, von einer Temperatur von 36—37° C. (nicht wie früher 42°—43°), mehrere Wochen lang. L. hat nun in 4 Fällen vorgeschrittener Lungen- und Larynxtuberculose mit diesem Verfahren gar keine Besserung erzielt; in 3 Fällen beginnender Lungentuberculose (1 Mal bereits Cavernensymptome) trat relative Heilung ein, in den übrigen 9 Fällen bald grössere, bald geringere Besserung. Hiernach verdient das Krull'sche Verfahren immerhin Beachtung und weitere Anwendung. (Berl. klin. Woch. № 5.)

— Collischonn (Frankfurt) rühmt das *Phenacetin als Antirheumaticum,* doch muss dasselbe in grösseren Dosen verabreicht werden. Kleinere Dosen (3 Mal 0,5 pro die) geben wohl günstige Wirkung, aber keinen durchschlagenden Erfolg. C. räth in jedem Falle von Rheumatismus wenigstens einen Versuch mit Phenacetin zu machen, aber wenigstens täglich während des Morgens oder Nachmittags 4 Mal 0,75 oder 4 Mal 1,0 resp. 2 Mal 2,0 zu reichen (bei schwächeren Personen vielleicht vorsichtigere Dosirung). Vor dem Natr. salicyl., das auch nur in grossen Dosen (2 Mal 4,0 oder 1 Mal Abends 5,0) erfolgreich wirkt, hat es den Vorzug, keine unangenehmen Nebenerscheinungen, wie Ohrensausen resp. zeitweilige Taubheit, Erbrechen, Herzschwäche, Aufregung bis zur Psychose etc. hervorzurufen (nur 1 Mal wiederholt Erbrechen); Salol, Antipyrin und Antifebrin haben eine zu geringe Wirkung auf den Rheumatismus, soweit nicht Neuralgien dabei in's Spiel kommen. C. giebt in kurzer Tabelle die Resultate der Behandlung der verschiedenen Rheumatismusformen, woraus ersichtlich, dass der acute Gelenkrheumatismus am promptesten auf Phenacetin reagirt; undankbarer sind schon die fieberlosen Arten des Rheumatismus und am schwersten zu beeinflussen die musculo-articulären, langsam beginnenden Formen. Die Behandlung mit grossen Dosen wird fortgesetzt bis 2—3 Tage lang Schmerzfreiheit bestand; dann wiederum noch einige Tage lang kleinere Dosen; schliesslich Salzbäder resp. Cur in Nauheim oder Wiesbaden. (D. med. Woch. № 5).

Vermischtes.

— Dem berathenden Mitgliede des Medicinalraths und Oberarzt des Obuchowhospitals, Geheimrath Dr. Hermann, ist *eine goldene mit Brillanten und mit dem Namenszuge Sr. Kaiserlichen Majestät geschmückte Tabatière Allerhöchst verliehen* worden.

— Der Consultant des Nikolai-Militärhospitals und der Heilanstalt I. K. Hoheit der Grossfürstin Maria Alexandrowna, Herzogin von Edinburg, Staatsrath Dr. Berthenson — ist zum Mitglied des beim Bergdepartement bestehenden gelehrten Comités ernannt worden, mit Belassung in seinen bisherigen Aemtern.

— *Ordensverleihungen*: *Der weisse Adler-Orden* — dem berathenden Mitgliede des Medicinalrathes, Leibaccoucheur (ausseretatmässig) des Hofes Sr. Majestät des Kaisers, Geheimrath Dr. Ettlinger. *Der Wladimir-Orden II. Classe* — dem etatmässigen Arzte beim Ministerium des Innern, Geheimrath Dr. Meinhardt. *Der St. Stanislaus-Orden I. Classe* — dem Präsidenten des Medicinalraths, Wirkl. Staatsrath Dr. Paschutin; dem Consultanten für chirurgische Krankheiten bei den St. Petersburger Anstalten der Kaiserin Maria, Wirkl. Staatsrath Dr. Reyher; dem Oberarzt des Kronstädter Marinehospitals, Wirkl. Staatsrath Dr. Hohlbeck. *Der St. Wladimir-Orden III. Classe* — dem Oberarzt des St. Petersburger Marinehospitals, Wirkl. Staatsrath Dr. Kwizinski.

— *Befördert*: *Zum Geheimrath* — der Inspector der St. Petersburger Residenz-Medicinalverwaltung, berathendes Mitglied des Medicinalrathes, Dr. Batalin. *Zum Wirklichen Staatsrath* — der Oberarzt des Marinehospitals in Wladiwostok, Dr. Siebert; der Oberarzt des Marinehospitals in Sewastopol, Dr. Akinfijew; der Gehilfe des Oberarztes des Kronstädter Marinehospitals, Dr. Lukin; der Consultant für Nervenkrankheiten an den Moskauer Anstalten der Kaiserin Maria, Dr. Caspari.

— *Verstorben:* 1) In Orenburg der Oberarzt des örtlichen Militärlazareths, Staatsrath Dr. Paul Pabo, im 63. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war in Dorpat geboren, hatte daselbst von 1845—51 studirt und als Student für die Bearbeitung einer Preisaufgabe die goldene Medaille erhalten. Nach Erlangung der Doctorwürde war P. einige Jahre Assistent an der Dorpater chirurgischen Klinik, hierauf Ordinator am Marinehospital in Sewastopol und während des Krimkrieges Assistent des Prof. Pirogow. Nach dem Kriege wurde er Oberarzt am Stadthospital in Pensa, dann in Mohilew und war einige Jahre (1876—79) auch Oberarzt des Militärhospitals in Riga. Seit 1886 fungirte er als Oberarzt des örtlichen Militärlazareths in Orenburg. 2) Am 28. März in St. Petersburg der ehemalige Arzt der Nikolai-Academie

des Generalstabes, Geheimrath Dr. Alexander Frank in hohem Alter. 3) Am 9. März in Borissoglebsk (Gouv. Tambow) der freipraktícirende Arzt W. Kisselew, 48 J. alt, an Leberkrebs. Der Verstorbene hat seine Frau mit 8 unmündigen Kindern ganz mittellos hinterlassen. Die Kosten der Beerdigung mussten auf dem Wege der Subscription gedeckt werden. 4) Am 23. März in Kiew der Prosector und Docent der Physiologie an der dortigen Universität, Dr. Peter Ssuchanow, im 50. Lebensjahre. 5) Am 11. März in Krementschug der freiprakticirende Arzt E. Kwitko an acuter Nephritis. Der Hingeschiedene, welcher erst vor 2 Jahren seinen Cursus in Kiew absolvirte, hat seine Frau mit einem kleinen Kinde und einer bejahrten Tante ohne jegliche Existenzmittel hinterlassen. Die Mittel zur Beerdigung mussten durch eine Collecte beschafft werden. Bei dieser Gelegenheit hat sich die wohlthätige Einrichtung des sog. „Manassein'schen Rubels" (cfr. unsere Mittheilung auf S. 91 dies. Jahrg.) bereits bewährt. Aus diesem Fonds erhielt die ganz mittellos zurückgebliebene Wittwe Kwitko gleich nach Eintreffen der Nachricht von dem Tode ihres Mannes eine Unterstützung im Betrage von 50 Rbl. Ebenso konnte der in hilfloser Lage sich befindenden Familie des oben erwähnten Arztes Kisselew, nachdem von der Redaction des „Wratsch" sofort 50 Rbl. aus einer Summe, welche der Redaction zur Verfügung stand, geschickt worden waren, noch eine Unterstützung aus dem obenerwähnten Fonds bewilligt werden.

— Wir sind unseren Lesern noch einen nachträglichen Bericht über die so seltene Feier des *50-jährigen Dienstjubiläums* eines unserer Collegen, des Dr. Eduard Klevesahl, schuldig. Wurde dieselbe auch nur in dem engsten Kreise von Verwandten und Freunden gefeiert, so bleiben die Verdienste des treuen und unverdrossenen Arbeiters in seinem schweren Berufe doch deshalb nicht minder anerkennenswerth.

Eduard Carl Klevesahl wurde im Jahre 1814 in Windau geboren und studirte von 1832—37 Medicin in Königsberg und Berlin, worauf er 1838 an der militär-medicinischen Academie in St. Petersburg das ärztliche Examen absolvirte. Dann machte er als begleitender Arzt eines Patienten die Reise über Odessa, Konstantinopel und Griechenland nach Egypten und kehrte erst Ende 1839 nach St. Petersburg zurück. Am 22. März 1840 trat er als Ordinator in den Staatsdienst eines temporären Militärhospitals und nach Aufhebung dieses in das Nikolaihospital; dann diente er nacheinander am Obuchowschen Hospital, als jüngerer Arzt am Bergcorps und darauf seit circa 45 Jahren als Ordinator am jetzigen Alexanderhospital.

Also beging Eduard Klevesahl am 22. März d. J. sein 50-jähriges Dienstjubiläum im engsten Kreise der Seinigen, zwar ohne geräuschvolle Ovationen und grossartige Ehrenbezeugungen, dessenungeachtet aber in dem ruhigen Bewusstsein in seinem Berufe nach menschlichen Kräften treulich gearbeitet und sich gemüht zu haben. Sein Hauptverdienst besteht darin stets bereit zu sein für Reich und Arm, namentlich für letztere, um Hilfe, Rath und Beistand zu bringen nicht allein in die Wohnungen der Reichen, sondern vielmehr noch in die Hütten der Armen. Seine Bescheidenheit und Anspruchslosigkeit erhöht um so mehr seinen Werth als liebenswürdiger, biederer Mensch, da er ja fast 52 Jahre lang mit Aufopferung eigener Interessen den schweren Pflichten seines herrlichen Berufes nachgegangen ist; und mit vollem Rechte kann die Mit- und Nachwelt von ihm sagen: Ed. Kl. ist zwar nicht mit Auszeichnungen und irdischen Gütern gesegnet, aber dennoch im wahren Sinne des Wortes *ein Ehrenmann*. Möge dem fast 76-jährigen, aber noch ganz rüstigen Manne auch ferner die physische Kraft und die nöthige Energie gegeben sein seine segensreiche Wirksamkeit fortzusetzen und seinen Mitmenschen beizustehen und zu dienen mit gewohnter Liebe und Treue.

— Ein gewisser Herr *Anossow* hat für das hiesige Nikolai-Kinderhospital 5000 Rbl. gespendet, welche zur Verstärkung des Pensionsfonds für die an diesem Hospital Dienenden verwandt werden soll.

— In Jekaterinburg hat sich auf Initiative des Landschaftsarztes N. Russkich ein ärztlicher Verein gebildet, welcher den Namen «*Uralsche medicinische Gesellschaft*» angenommen hat.

— Die einzige Zeitschrift für Militärhygiene in Russland, die «*Wojenno Ssanitarnoje Djelo*» ist, wie die Redaction in der letzten № mittheilt, «*wegen vollkommener Unmöglichkeit weiter zu existiren*», jedoch nicht aus Mangel an Material oder Abonnenten eingegangen. Dieselbe wird aber, sobald die nachgesuchte Concession ertheilt ist, als *Zeitschrift für allgemeine Hygiene* weiter erscheinen und werden den jetzigen Abonnenten die fehlenden Nummern nachgeliefert werden.

— Das *Odessaer Stadtamt* (Городская Управа) macht bekannt, dass der *Posten des Oberarztes am Odessaer Stadthospital vacant geworden* ist und fordert alle diejenigen, welche sich um diesen Posten bewerben wollen, auf, ihre Anmeldungen unter Beifügung der erforderlichen Documente *bis zum 1. Mai 1890* an dieses Stadtamt einzusenden. Der Oberarzt bezieht ein Jahrgehalt von 3000 Rbl. S. Die Regeln, welche auf Grund des Statuts des Odessaschen Stadthospitals für die Wahl des Oberarztes gelten, sind folgende: Die Bewerber müssen den Grad eines Doctor medicinae haben. Die Eingaben sind an das Stadtamt zu richten, welches dieselben dem Comptoir des Hospitals übergiebt. Behufs Wahl des Oberarztes wird eine Commission gebildet, welche aus dem Medicinalinspector der Stadt Odessa, dem Präsidenten des Odessaschen ärztlichen Vereins, dem Oberarzt des Odessaschen Militärhospitals, dem temporären Oberarzt und dreien Ordinatoren des Stadthospitals, welche jedesmal für diesen Zweck von dem medicinischen Conseil des Hospitals gewählt werden, besteht. Die genannte Commission, welcher der Medicinalinspector oder in dessen Abwesenheit ein von der Commission bestimmtes Glied präsidirt, wählt aus der Zahl der Personen, welche sich gemeldet haben, nicht mehr als 4 Candidaten für den Oberarztposten aus und stellt dieselben durch den stellvertretenden Oberarzt dem Stadtamt vor. Aus der Zahl der vorgeschlagenen Candidaten wählt nun das Stadtamt, nach seinem Gutdünken, einen aus und ernennt ihn zum Oberarzt.

— Die hohe Bedeutung, welche dem verstorbenen Chirurgen, Professor Dr. Richard v. Volkmann (Halle) in Wissenschaft und Dichtung zukommt, hat in seinen Freunden und Verehrern den Wunsch hervorgerufen, ihm an der Stätte seines langjährigen segensreichen Wirkens ein Denkmal zu setzen, welches für die Mitwelt ein Zeugniss gerechter Dankbarkeit, für die Nachwelt ein Vorbild zu ähnlichem Thun abzugeben vermöchte. Es wird beabsichtigt, je nach der Höhe der aufkommenden Mittel dem Verewigten in oder vor der von ihm geleiteten Klinik ein Denkmal aus Marmor oder Erz zu errichten. Zu diesem Zweck hat sich ein *Comité* gebildet, dessen Glieder bereit sind, Beiträge anzunehmen und an den Schatzmeister des Vereins, Commerzienrath Dehne in Halle abzuliefern. Zu diesem Comité gehören unter Anderen Prof. Th. Ackermann (Halle), Prof. E. v. Bergmann (Berlin), Prof. Billroth und Nothnagel (Wien), Sir Joseph Lister, Baronet; Sir William Mac Cormac, Baronet und Sir James Paget, Baronet (London), Prof. Ollier (Lyon), Prof. Reverdin (Genf) und in Russland die Prof. Dr. Carl Reyher (St. Petersburg) und Dr. T. Bornhaupt (Kiew).

— Die Academie der Medicin zu Paris hat als *Antisepticum für den Gebrauch der Hebammen* folgendes Pulver empfohlen: Sublimat 0,25, Acid. tartar. 1,0, alcoholische Lösung von Indigo-Carmin (5%) 1 Tropfen. M. f. pulv., 1 Pulver auf 1 Liter Wasser. Die blaue Färbung des Pulvers wurde der ursprünglich vorgeschlagenen rothen vorgezogen, um etwaige Verwechselungen der Lösung mit trinkbaren Flüssigkeiten auszuschliessen.

— Die belgische Regierung hat ein Circular erlassen, in welchem sie darauf hinweist, welche Gefahren der öffentlichen Gesundheitspflege erwachsen aus der Benutzung aus Metall oder hartem Holz verfertigter Särge, welche die Zersetzung der Cadaver verlangsamen. Auch in England hat sich eine Gesellschaft gebildet, welche die *Verbesserung der gegenwärtigen Begräbnissmethoden* anstrebt. Sie empfiehlt ebenfalls, die Leichen in solchen Särgen zu beerdigen, in welchen die Zersetzung möglichst schnell vor sich geht.

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 25. März d. J. 5905 (66 weniger als in der Vorwoche), darunter 194 Typhus- (1 weniger), 615 Syphilis- (23 weniger), 106 Scharlach- (4 weniger), 78 *Influenza-* (4 mehr), 56 Masern- (5 weniger), 11 Diphtherie- (1 weniger) und 8 Pockenkranke (2 weniger als in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 18. bis 24. März 1890.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
300	266	566	109	57	104	14	11	13	52	46	45	39	41	23	12	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 7, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 0, Masern 14, Scharlach 21, Diphtherie 11, Croup 0, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 84, Tuberculose anderer Organe 11, Alcoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 50, Marasmus senilis 19, Krankheiten des Verdauungscanals 48, Todtgeborene 15.

☛ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 10. April 1890.

☛ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 16. April 1890.

☛ Um Missverständnissen vorzubeugen, machen wir darauf aufmerksam, dass von den resp. Vorständen obige Termine für die Sitzungen bestimmt worden sind. D. Red.

XV. JAHRGANG. **St. Petersburger** Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,

St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift“ erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 15 St. Petersburg, 14. (26.) April **1890**

Die chronische Gastritis und ihre Behandlung in Bädern.

Von

Dr. Frhr. von Sohlern — Kissingen.

(Schluss).

Die zweite Aufgabe bei Behandlung des chronischen Magencatarrhs ist zeitigere Entfernung der im Magen zu lange verweilenden, sich zersetzenden und gährenden Speisereste und des massenhaft vorhandenen Schleimes.

Am Gründlichsten wird dies selbstverständlich durch die Magenausspülung erreicht und steht diese natürlich als souveränes Mittel weit über *jedem Mineralwasser*, doch ist hier nicht der Ort dies weiter zu erörtern, da wir es ja mit der Behandlung des Magencatarrhs im Bade zu thun haben.

Nur eine kleine Bemerkung sei mir hier erlaubt. Man nimmt als Zusatz zu dem Spülwasser häufig Natron. Einen besonderen Nutzen oder gar Vorzug vor einem Kochsalzzusatz kann ich absolut nicht finden, einmal weil kochsalzhaltige Lösungen bekanntermaassen zur Abspülung der Schleimhaut besser sind und dann auch, weil sie mehr stimulirend wirken. Uebrigens sind beide Zusätze nicht unumgänglich nöthig, lauwarmes Wasser ohne jede Zuthat thut es auch.

Sowohl den kochsalzhaltigen, als auch alkalisch-salinischen Quellen und den Bitterwässern wird eine eliminirende Wirkung zugeschrieben, und ist diese auch durch die Erfahrung bestätigt.

Ehe wir nun zur Besprechung der jeweiligen Wirkungsweise übergehen, wollen wir erst noch einen flüchtigen Blick auf die Häufigkeit respective Wahrscheinlichkeit der Speiseentleerung bei Gastritis chronica bei den üblichen Trinkcuren werfen.

Es ist eine alte und aus vielen hier nicht zu erörternden Gründen berechtigte Sitte in den meisten Badeorten, des Morgens zuerst zur Mineralquelle zu eilen und die verordnete Anzahl Gläser als erstes Tagewerk zu trinken. Die Wirkung der eliminirenden Kräfte zeigt sich dann meist auch bald, aber was wird denn in der grossen Mehrzahl der Fälle aus dem catarrhalisch erkrankten Magen entfernt werden? Schleim.

Und das ist ja auch sehr wesentlich. Jene Armen aber, bei denen schon eine solche muskuläre Insufficienz Platz gegriffen hat, dass das Abendbrod auch noch nach 12 Stunden grösstentheils im Magen liegt, dürfen von dem Mineralwassertrinken kaum eine *gründliche* Entleerung erwarten. Bei solch' atonischen, in der Regel schon ektatischen Zuständen genügt eine gewöhnliche Brunnencur nicht mehr, da kann allein die systematische Ausspülung helfen! Wollte man also überhaupt eine frühere Entlastung des mit verdorbenen und gährenden Speiseresten gefüllten Magens erzielen, so müsste man zunächst die zeitliche Eintheilung des Brunnentrinkens ändern.

Der Vorzug des morgendlichen Trinkens liegt daher im Wesentlichen in der Schleimentfernung und der den Kranken erleichternden, mehr oder minder beträchtlichen Darmentleerung, also Beseitigung der Obstipation, welche ja sehr häufig in der Gefolgschaft der chronischen Gastritis auftritt.

Allzuhoch können wir demnach unsere Hoffnung auf Speisereste-Entfernung überhaupt nicht spannen.

Wie wirken aber die in Betracht kommenden Quellengruppen entlastend und entleerend auf den Magen?

Bei den alkalischen Quellen müssen wir das Natron sulfuricum und die in der Mehrzahl dieser Quellengruppe enthaltene Kohlensäure als wirksame Agentien annehmen.

Mässig purgirende Gaben sollen eine vollständige Entleerung der krankhaften Verdauungsproducte aus dem Magen bewirken. Ich habe hierüber Controllversuche mit Ausspülungen nach vorhergegangener Verabreichung alkalisch-salinischer Wässer in zu geringer Zahl gemacht, um den eben angeführten Satz bestätigen oder widerlegen zu können.

Niemals fand ich eine so gründliche Ausleerung wie bei einer Ausspülung des Magens, und es ist mir deshalb wahrscheinlich, dass für den einzelnen Fall von den Mineralwassern überhaupt, also auch von den Kochsalzquellen ebenso wenig eine exacte Reinigung zu erwarten ist, wie von Brechmitteln. Die antiperistaltischen Bewegungen beim Brechacte sind, wie man sich leicht überzeugen kann, nicht im Stande, *Alles* aus dem Magen herauszufördern, und so scheint es auch mit der mit Mineralwässern erzwungenen Peristaltik zu sein.

Die trotzdem zweifellos günstige Wirkung der Mineralquellen auf die Magenmechanik, wie sie für die chronische Gastritis angewandt zu werden pflegen, beruht jedenfalls auf deren länger fortgesetztem Gebrauch, überdies spielt da auch noch die Diät etc. etc. mit.

Diese Entlastung des Magens wird natürlich bei alkalisch-salinischen Quellen mit gänzlich fehlendem oder minimalem

Kohlensäuregehalt geringer sein, als bei jenen, wo dieses wirksame Agens noch mit in Betracht kommt.

«Das schwefelsaure Natron übt auf die Magenschleimhaut einen Reiz aus, welcher durch Reflexaction eine vermehrte Peristaltik des Dünndarms und die schnellere Weiterbeförderung seines Inhaltes mit vermehrtem Wassergehalt bewirkt. Grosse Gaben während längerer Zeit angewandt, stören die Verdauung und Ernährung intensiv».

Hiermit ist schon klar ausgedrückt, dass die entlastende Wirkung bei Natron sulfuricum weit mehr dem Darme als dem Magen zu gut kommt.

Was hier von grossen Gaben des schwefelsauren Natrons in seinen Wirkungen gesagt ist, gilt noch weit mehr von den Bitterwässern überhaupt, die am besten bei der Behandlung der chronischen Gastritis wegbleiben.

Ueber die Wirkungsweise der kochsalzhaltigen Wässer auf die Magenentleerung ist uns Folgendes bekannt.

Chlornatrium in mässigen Mengen in den Magen gebracht erregt in *diesem selbst* kräftige, peristaltische Bewegungen. Diese bleiben zunächst auf den Magen beschränkt, und geht das Kochsalz rasch direct durch Resorption in das Blut über. In grösseren Gaben verabreicht, so dass das Quantum nicht mehr im Magen resorbirt wird, gelangt das Kochsalz in den Darm und ruft dort zunächst eine Hyperämie und dann Entleerung hervor.

Glauber- und Bittersalz wird im Magen nur sehr wenig resorbirt und wirkt direct im Darme abführend.

Die Wirkung des Kochsalzes auf die Peristaltik des Magens ist also eine ausgiebigere, da sie sich nicht sogleich auf den Darm fortsetzt, sondern so lange auf jenen beschränkt bleibt, bis erst grössere Zufuhren eine vollständige Resorption unmöglich machen. Dieser nicht resorbirte Ueberschuss von Chlornatrium entfaltet erst im Darm seine Wirkung.

Es ist demnach das Kochsalz nicht nur anregend für die Drüsensecretion, wie man früher annahm und wie heute noch von Vielen geglaubt wird, und welche Eigenschaft ja auch den Alkalien zugeschrieben wird, sondern es geht durch directe Resorption vom Magen aus sehr rasch in das Blut über und dient als Bildungsstätte für die mangelnde Salzsäure. Es können also hier im Gegensatze zu den alkalisch-salinischen Quellen erneute Reize auch von erhöhter Salzsäureabgabe begleitet sein.

Es ist einleuchtend, dass jegliche Anregung bald nutzlos sein wird, wenn nicht im Blute die zur Chlorwasserstoffsäure nöthigen Chlormengen vorhanden sind.

Demnach haben wir es bei Kochsalzquellen nicht blos mit einer gesteigerten, weil zunächst auf den Magen beschränkt bleibenden Peristaltik, sondern auch mit einem durch die specifische Wirkung des Chlornatriums verbesserten Chymus zu thun.

Eine Reduction der organischen Säuren durch alkalische Wässer genügt wohl zum besseren subjectiven Befinden, wie dies etwas Natron bicarbonicum auch besorgt, aber damit ist die Bildungsmöglichkeit der Milch- und Buttersäure und der Salzsäuremangel nicht nur nicht beseitigt, sondern bei längerem Gebrauche ist die HCl-Ausscheidung noch mehr erschwert.

Man hat hier oft Gelegenheit, Kranke mit wahrer Gastritis nach einer irrationell gewählten Trinkcur mit bedeutender Verschlechterung ihrer Verdauungsorgane zu sehen. Das sind dann jene Armen, denen die Cur dort nicht bekommen ist, weil sie ärztlicherseits garnicht hingeschickt werden durften.

Eine gesteigerte Peristaltik und dadurch gegebene raschere Expulsion des verdorbenen Speisebreies fördern natürlich Kochsalzquellen mit stärkerem Kohlensäuregehalt noch mehr.

Uebereinstimmend haben auf diesem Gebiete die Untersuchungen über die Wirkung der Kohlensäure ergeben, dass dieselbe direct auf die motorischen Nerven und dadurch auf die Muskeln des Magens einwirkt. Vielleicht lässt sich die günstige Wirkung der Kohlensäure bei Brechneigung und Erbrechen aus der Anregung, respective Wiederherstellung einer geordneten Peristaltik erklären.

Ebenso ist die irritirende Einwirkung der Kohlensäure auf die Secretion selbst bekannt.

Wir haben also in den Kochsalzquellen und namentlich jenen mit hohem Kohlensäuregehalt sehr gute, austreibende Kräfte, so dass sie auch das zweite therapeutische Postulat, die schleunigere Entfernung verdorbener, gährender Speisereste und des Schleimes aus dem chronisch-catarrhalischen Magen mindestens ebenso gut, wenn nicht noch besser als die alkalisch-salinischen Quellen, deren Wirkung sich vielmehr im Darme äussert, besorgen.

Bezüglich der Schleimelimination aber ist das kochsalzhaltige Wasser dem alkalischen unbedingt vorzuziehen, wie man sich sehr leicht überzeugen kann, wenn man beide abwechslungsweise zu Ausspülungen benutzt.

Bei reichlicher Schleimbildung und stark reducirtem HCl-Gehalte verdient trotz der so vielfach empfohlenen alkalischen und alkalisch-salinischen Wässer das kochsalzhaltige zweifelsohne den Vorzug, sagt doch auch Kisch, der sicherlich in seiner Balneotherapie den alkalischen Quellen, namentlich Carlsbad und Marienbad das Ihrige gönnt: «Die Anwendung der Kochsalzwässer wird daher bei vorgeschrittenen Fällen des chronischen Magencatarrhs, namentlich wenn die Schleimhaut bereits stark hypertrophirt ist, ihre vorzügliche Berechtigung haben. Bei scrophulösen oder durch andere Blutdyskrasien in der Ernährung sehr herabgekommenen Personen, welche an chronischem Magencatarrh leiden, verdienen die Kochsalzwässer den Vorzug vor den Glaubersalzwässern, während diese bei habitueller Stuhlverstopfung, Unterleibsstasen in Folge üppiger Lebensweise, reichlicher Ansammlung von Fett als Begleiter des Magencatarrhs vorzuziehen sind.» Er schränkt mit anderen Worten den Wirkungskreis der glaubersalzhaltigen Wässer ebenso bei der Gastritis chronica ein, wie ich dies schon oben gethan habe.

Bei Catarrhen, die mit starker Verschleimung einhergehen, gab man übrigens seither allgemein den Kochsalzquellen den Vorzug. Während also die Glaubersalzquellen überhaupt nur in bestimmten Fällen nützen können, passt der Gebrauch einer Kochsalzquelle unter allen Umständen.

Nun haben wir noch des dritten und letzten Erfordernisses für eine gedeihliche Behandlung der chronischen Gastritis zu gedenken: der Fernhaltung von Schädlichkeiten. Im Wesentlichen wird diese Forderung durch eine geeignete Diät erfüllt, und kann selbstredend jedes Bad gleich Gutes leisten.

Dass es mit einer Aufstellung während der Trinkcur erlaubter und verbotener Speisen mit einer Kissinger oder Carlsbader Diät bei Magenkranken nicht gethan ist, wird Jeder zugeben, der einmal mit der Sonde und Ausspülungen den Verlauf von Magenkrankheiten controllirt und überwacht hat. Es ist wünschenswerth, sich zuerst vollkommene Klarheit über das Verdauungsvermögen des Patienten zu verschaffen und ihm eine individuell angepasste Diät vorzuschreiben, welche durch lange Zeit peinlich eingehalten werden muss, weil die chronische Gastritis ein absolut hartnäckiges Leiden ist.

Wie sehr hier die Ansichten auseinandergehen, und welche abweichende Vorstellungen über den Begriff der Leichtverdaulichkeit, also Zulässigkeit einer Speise beim chronischen Magencatarrh existiren, ersehen wir am besten, wenn man das im Bade als curgemäss Zulässige mit den Diätvorschriften, wie sie beim chronischen Catarrh in Kliniken gehandhabt werden, vergleicht.

Da liegt noch Vieles im Argen, und die Diät für Magenkranke muss eben vom Arzte genau vorgeschrieben werden. Durchführen lässt sie sich dann schon, aber man hält sich auch da zu sehr an das alt Hergebrachte.

Wenn wir das Ganze resumiren, so geht daraus hervor, dass die Kochsalzquellen vor den seit Langem zum minde-



sten als gleichberechtigt, von Vielen noch für besser angesehenen Glaubersalzwässern beim chronischen Magencatarrh unbedingt den Vorzug verdienen. Wir haben als wesentlichen Zustand der Gastritis chronica den Salzsäuremangel kennen gelernt, und Braun und Grützner haben positiv dargethan, dass eine erhöhte Salzsäureabgabe nach vermehrter Kochsalzzufuhr stattfindet, dadurch ist aber der Vorzug der Chlornatriumquellen vor den alkalisch-salinischen unzweideutig klargestellt.

Wie schon Eingangs bemerkt, sind nach unserer jetzigen Magenuntersuchung von hundert Magenkranken höchstens acht bis zehn an Gastritis chronica erkrankt. Jetzt noch und zumal in jener Zeit, wo es eine exacte innere Untersuchung noch nicht gab, aus der aber die meisten der so gerne in der Badeliteratur citirten Aussprüche von Autoritäten stammen, werden und wurden im Bade nicht acht und zehn, sondern sechszig und achtzig von hundert Magenleidenden an Gastritis chronica behandelt. Man darf sich eigentlich über gute Curen auch in minder geeigneten und bei richtig diagnosticirter Gastritis wohl gar schädlichen Bädern nicht wundern, denn wie oft war und ist es gar keine chronische Gastritis, die behandelt wird?

Man wird mir vielleicht eine oratio pro domo in die Schuhe schieben, weil ich gerade in einem kochsalzhaltigen Badeorte mein Domizil habe, aber glücklicher Weise bedarf Kissingen meiner Empfehlung überhaupt nicht, und übrigens verwende ich in meiner Anstalt die Mineralwasser erst, nachdem ich die Salzsäureverhältnisse in der bekannten Weise festgestellt habe, so dass bei mir wohl mindestens ebenso viel alkalische und alkalisch-salinische Quellen, als der einheimische Rakoczy benutzt werden. Von Parteilichkeit fühle ich mich also frei. Ich habe in dieser Arbeit lediglich meine Erfahrungen niedergelegt, wie ich sie seit 9 Jahren hier als Arzt und vor Allem in meiner Anstalt, wo derartige, oft zeitraubende Untersuchungen weniger schwer als in der Praxis ausführbar sind, sammelte.

Meine Ansicht lässt sich in wenig Worte fassen:

Wenn ich auch zugebe, dass die Alkalien die HCl-Ausscheidungen anregen und namentlich Glaubersalzwässer die Magenentleerung beschleunigen können, so thun sie das gewiss nicht besser als die kochsalzhaltigen Quellen auch, jedenfalls aber führen sie dem Blute nicht so viel Chlor zu als die Kochsalzwässer und mithin stehen diese bei der Behandlung der Gastritis chronica obenan, weil sie in der That den Hauptmangel, die fehlende Salzsäure ersetzen können.

Wenn ein Balneologe wie Grossmann schon 1876 zugiebt, dass gerade die den alkalischen Quellen zugeschriebene anticatarrhalische Wirkung die physiologisch am wenigsten begründete ist, so müssen wir auf Grund der inzwischen gemachten Fortschritte auf dem Gebiete der Magenerkrankungen unbedingt der Wahrheit die Ehre geben nach dem Wahlspruch: Suum cuique.

Meine Differenz mit Dr. M. Treymann.

Von

E. Bidder.

Die Erwiderung, die Herr Dr. Treymann an mich gerichtet hat, habe ich bedauert; denn gern hätte ich nachstehende Zeilen mit der Ueberschrift „zur Verständigung" versehen. Freilich enthebt sie mich auch eines weiteren ausführlichen Eingehens auf die Streitfrage, da ich mich in der Lage sehe, nur den diametralen Gegensatz unserer beiderseitigen Anschauungen zu constatiren. Vorher ein Paar Bemerkungen zur Zurechtstellung.

In seinem Vortrage auf dem Aerztetage hat Dr. Treymann gesagt: „Die Sache gestaltet sich in der Praxis .... viel schwieriger, als die warnenden klinischen Lehrer und ihre Schüler *sich vorstellen*". In der St. Petersburger med. Wochenschrift № 9, pag. 78 spricht er nur von den verschiedenen Anforderungen der Privatpraxis und der Klinik. Letzteres ist eine selbstverständliche Thatsache, jedem Kliniker wohlbekannt, da er selbst auch praktischer Arzt ist; ersteres ist etwas ganz Anderes.

Für den von mir kurz erzählten Fall № 5, der meinen Deductionen widersprechen soll, habe ich ausdrücklich die Verantwortlichkeit abgelehnt, „nicht von mir geleitet", was Dr. Treymann nicht erwähnenswerth erschienen ist. Die „drehenden Tractionen" in demselben sind, leider in Folge des von mir gebrauchten Ausdruckes, missverstanden worden; es waren gemeint die kreisförmigen Rotationen mit den Zangengriffen während der Tractionen, deren Dr. Treymann sich wohl auch noch aus der Schulzeit erinnern wird, und in deren Perhorrescirung wir wohl einig sein werden. Dass solch' ein Fall für unsere Discussion gleichgültig ist, liegt auf der Hand.

Was mein von Dr. Treymann vervollständigtes Citat aus Zweifel's Lehrbuch anbetrifft, so habe ich die Worte citirt, die Zweifel's persönliche Ueberzeugung ausdrücken. Das Folgende, was Dr. Treymann natürlich mehr passt, sind fremde Erfahrungen, die Zweifel erwähnt, die also doch anders beurtheilt werden müssen. Dr. Treymann kennzeichnet mein Verfahren durch ein Ausrufungszeichen!

Nun aber zu dem Gegensatz in unseren Anschauungen. Ich sehe die Breus'sche Zange und ähnliche Erfindungen als überflüssige Neuerungen an, Dr. Treymann vermuthet, dass mit denselben eine neue Aera der Geburtshilfe beginnen dürfte.

Ich meine, dass für alle Geburten, die mit der Zange beendet werden können und sollen, auch einschliesslich der Treymannschen Fälle, die classische Zange ausreicht; Dr. Treymann meint, dass die classische Zange das nicht zu Stande bringen kann.

Ich arbeite daran Application und Führung der classischen Zange, allerdings im Gegensatz zu so mancher bisherigen Schulregel, rationeller zu gestalten, sie unseren fortschreitenden Erfahrungen über Geburtsmechanismus immer mehr anzupassen; Dr. Treymann hält von diesen Versuchen sehr wenig.

Dr. Treymann sagt: „Strict bestreite ich, dass bei Vorderscheitellage die Drehung der grossen Fontanelle nach vorn durch richtige Führung der classischen Zange leicht vermieden werden kann". Ich behaupte es für die grosse Mehrzahl der Fälle.

Ich halte die vollkommene, oder fast vollkommene Eröffnung des Muttermundes für eine wichtige, nur auf bestimmte Indicationen hin zu umgehende Vorbedingung für die Anwendung der Zange; Dr. Treymann erklärt die forcirte Erweiterung des Muttermundes mit der Breus'schen Zange für unschädlich, ja die neue Aera inaugurirend.

Dr. Treymann meint, dass bei Zangenapplication an den hochstehenden Kopf das Fassen des letzteren über Stirn und Hinterhaupt nicht zu vermeiden sei; ich weiss, dass die classische Zange auch im Beckeneingang den Kopf in seinem Querdurchmesser fassen, d. h. im geraden Durchmesser des Beckens angelegt werden und den Kopf in's Becken ziehen kann.

Dr. Treymann erklärt es für gleichgültig, ob man seine, von ihm als allerschwerste bezeichneten Geburten zu den schweren und gefährlichen rechnen will oder nicht; ich halte diese Frage für sehr wesentlich, wenn bewiesen werden soll, dass diese Geburten nur durch die Breus'sche und nicht durch die classische Zange haben beendigt werden können.

Die Frage: enges Becken oder nicht, oder relativ zu grosser, harter Kopf — was ja auf dasselbe herauskommt — ist meiner Meinung nach ganz entscheidend für die Beurtheilung der Schwierigkeit einer Zangenoperation; Dr. Treymann betont ganz vorzugsweise den hohen Kopfstand, erzählt darum auch Fälle, wie № 16 und 24, in denen von mechanischen Hindernissen, wenigstens dem Referat nach, wohl kaum die Rede gewesen ist, die also nur besagen, dass er es auch hier vorgezogen hat, gerade die Breus'sche Zange als Extractionsinstrument zu wählen.

Die Perforation mit nachfolgender Extraction, die übrigens in Dr. Treymann's Fällen, mit Ausnahme von № 9, garnicht in Frage kommen konnte, da eben die Zangenoperation gelang, hält Dr. Treymann für so gefährlich, dass er den Ausspruch thut, er hätte vermuthlich mehr als die Hälfte seiner Gebärenden verloren, wenn er perforirt hätte; ich meine, dass keine einzige gestorben wäre.

Ich glaube, dass Vorstehendes genügt um darzuthun, dass eine Verständigung zwischen uns auf schriftlichem Wege nicht zu erhoffen ist. Ich verzichte darauf. Jeder von uns wird ja in seiner Weise weiter arbeiten. Wer Recht hat, das werden wir nicht entscheiden, zumal Dr. Treymann selbst das Urtheil von der Zukunft erwartet.

Referate.

Prof. E. Leyden: **Ueber Pneumothorax tubercul. nebst Bemerkungen über Heilstätten für Tuberculöse.** (D. med. W. № 7).

Vor 1½ Jahren hatte Leyden über einen erfolgreich chirurgisch behandelten Fall von Pneumothorax tubercul. berichtet, jetzt stellt er denselben nochmals vor, und constatirt, dass er sich in leidlichem Zustande gehalten hat. Daran anschliessend referirt er über 3 Fälle von Seropneumothorax, welche mit wiederholten Punctionen behandelt wurden, und von denen einer ein ziemlich befriedigendes Resultat gab, endlich über 3 Fälle von Pyopneumothorax, welche mit Resection behandelt wurden, und von welchen ebenfalls einer günstig verlief. Die Mahnung,



in ähnlichen Fällen nicht, wie bisher geschah, die Hände in den Schooss zu legen, sondern nach den allgemeinen Principien activ vorzugehen, ist sonach wohl berechtigt. Er stellt nur die Bedingung, dass der chirurgische Eingriff so leicht gestaltet werden muss, wie irgend möglich, räth nicht zu voller Narkose, sondern blos zu „Anchloroformirung" und schleunigster Ausführung der Operation.

Des Weiteren spricht er sich dahin aus, dass Tuberculöse mit vorgeschrittener Krankheit und mit schweren Complicationen der vollen Hospitalpflege bedürfen, und redet der Errichtung von Specialhospitälern für diese Kranken das Wort. Und zwar sollen Hospitäler nicht nur für die Armen und für die Reichen beschafft werden, sondern auch gerade für die mittleren Gesellschaftsklassen, für die weniger Bemittelten. Nicht „Isoliranstalten", sondern „Heilanstalten" will er haben. Max Schmidt.

Gram: Klinische Versuche über die diuretische Wirkung des Theobromin. (Therap. Monatsh. I.)

„Durch die hochinteressanten Untersuchungen W. v. Schröder's (Ueber die Wirkung des Coffeïns als Diureticum. Arch. f. experim. Pathol. XXII, p. 39 und Ueber die diuretische Wirkung des Coffeïns und der zu derselben Gruppe gehörigen Substanzen. Ibid. XXIV, p. 85) angeregt, hat Gr. das Theobromin auf seine diuretische Wirkung klinisch geprüft. Beide Substanzen regen nach Schröder das Nierenepithel an, wodurch eine mächtige „Harnfluth" entsteht, das Coffeïn aber erregt zugleich die Vasomotoren und das Centralnervensystem, dem Strychnin ähnlich, wodurch die Einwirkung auf das Nierenepithel theilweise oder ganz verdeckt werden kann. Das Theobromin hat diese letztere Wirkung und beeinflusst nur die Nieren. Wegen Mangel an Raum können hier nicht die in dieser Arbeit angegebenen klinischen Versuche beschrieben werden und geben wir hier nur die Resultate derselben:

1) Das *reine Theobromin* wird bei Menschen schwer resorbirt. Nach seiner Resorption wirkt es stark diuretisch, ohne eine Einwirkung auf das Herz auszuüben. Die Diurese ist also als eine directe Wirkung auf die Niere aufzufassen.

2) Das *Theobrominum-Natrio-Salicylicum* wird gut resorbirt und wirkt stark diuretisch. Es ist ganz ungiftig, nur ein Mal trat bei einem sehr herabgekommenen Kranken ein wenig Schwindel auf.

Die gewöhnliche Tagesdosis beträgt circa 6,0, welche man in Einzelgaben von 1,0 giebt. Das salicylsaure Natron steht zu dem Eintritt der vermehrten Diurese in keiner Beziehung, da hierauf bezügliche Versuche keinerlei diuretischen Effect hatten.

Das Mittel hatte auch dann noch recht guten Erfolg, wenn bei chronischen Nephritiden und organischen Herzleiden alle anderen Diuretica ihren Dienst versagten. Hinze.

H. Thomsen (Dorpat): Ueber Peptonurie in der Schwangerschaft und im Wochenbett. (D. med. W. № 44, 1889).

Angesichts der sich widersprechenden Angaben von Koettnitz und Fischel, von denen ersterer sagt, Peptonurie bei Schwangeren sei *charakteristisch* für eine todte macerirte Frucht, während letzterer angiebt, auch bei gesunden Wöchnerinnen komme sie vor, hat Thomsen eine Reihe hierher bezüglicher Untersuchungen vorgenommen, und kommt zu folgenden Resultaten:

1) Die Peptonurie kommt in der Gravidität als charakteristisch für diesen Zustand überhaupt nicht vor,

2) ist kein Symptom für todte und macerirte Früchte,

3) im Wochenbett kann Peptonurie vom 2. Tage an vorkommen, ist aber kein constantes Symptom. Max Schmidt.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Historische Studien aus dem Pharmakologischen Institute zu Dorpat. Herausgegeben von Prof. Dr. R. Kobert. I. Halle a. S. 1889. Verlag von Tausch & Grosse.

In dem vorliegenden Werke übergiebt Prof. Kobert der Oeffentlichkeit die von ihm und von seinen Schülern gemachten Studien im Bereiche des leider allgemein wenig bekannten Gebietes der Geschichte der Medicin. Es setzt sich zusammen aus folgenden vier Aufsätzen:

I. R. Kobert: Zur Geschichte des Mutterkorns.

II. A. Grünfeld: Kurzer Auszug aus den die Mutterkornfrage betreffenden Arbeiten der russischen Literatur.

III. R. v. Grot: Ueber die in der hippokratischen Schriftensammlung enthaltenen pharmakologischen Kenntnisse. Mit Zusätzen des Herausgebers.

IV. W. Demitsch: Russische Volksheilmittel aus dem Pflanzenreiche. Mit Zusätzen des Herausgebers.

Da es uns unmöglich ist an dieser Stelle des engen Raumes wegen auf den reichhaltigen Inhalt des Werkes näher einzugehen, so beschränken wir uns auf den Hinweis, dass es nicht nur dem Arzte sehr viel Neues und Interessantes bietet, sondern dass es auch jedem Naturforscher als ein interessanter und sorgfältig ausgearbeiteter Beitrag zur Culturgeschichte des Alterthums auf's Wärmste zur eingehenden Lectüre zu empfehlen ist. Die Geschichte der Medicin gehört zu den am stiefmütterlichsten behandelten Gegenständen in allen Zweigen der Medicin; es existiren wohl Lehrstühle für Geschichte der Medicin, systematisch gelesen wird sie aber unseres Wissens nirgends; daher fällt den betreffenden historischen Studien, die mit sehr viel Fleiss und grosser Sachkenntniss zusammengestellt sind, und in dem Verf. immense philologische Kenntnisse entdecken lassen, die ehrenwerthe Aufgabe zu, diese empfindliche Lücke auszufüllen; wir wollen hoffen, dass die in der Vorrede zu diesem Werke vom Autor ausgesprochene Befürchtung, die erste Lieferung könnte wegen Mangel an Interesse, speciell seitens der Collegen in Deutschland, die letzte bleiben, durch das baldige Erscheinen der nächsten Lieferungen, denen wir mit Spannung entgegensehen, als eine verfrühte zu betrachten sein wird. Pendin.

Prof. H. Eichhorst: Lehrbuch der physikalischen Untersuchungsmethoden innerer Krankheiten. Zwei Bände. Dritte Auflage. Berlin 1889. Verlag von Friedrich Wreden.

Zu den beliebtesten und gebräuchlichsten Handbüchern der physikalischen Untersuchungsmethoden gehörte von jeher dasjenige von Eichhorst, welches uns wiederum in der neuen, dritten Auflage die Fülle des in ihm enthaltenen Stoffes in der gewohnten präcisen Darstellung und vollendeten Ausarbeitung vorführt. Das 906 Seiten starke Werk, versehen mit 267 sehr guten Holzschnitten, die zur Erläuterung des Textes wesentlich beitragen, namentlich im Bereiche der topographischen Percussion, ist wohl jetzt als das vollständigste zu betrachten, was wir überhaupt auf diesem Gebiete kennen, namentlich wenn man bedenkt, dass der ganze Inhalt des Werkes sich nur auf das sozusagen Grob-physikalische bezieht; denn die chemischen und bacteriologischen Untersuchungen haben hierin keine Aufnahme gefunden, was eigentlich zu bedauern ist. Dass die neueren in den letzten Jahren erworbenen Kenntnisse über physikalische Untersuchungsmethoden in dem Buche Berücksichtigung gefunden haben, braucht wohl nicht besonders hervorgehoben zu werden. Die Ausstattung ist ausgezeichnet. Pendin.

Wissenschaftliche Verhandlungen der Dorpater medicinischen Facultät.

Sitzung am 8. März 1890.

Vorsitzender: Herr R. Thoma.
Berichterstatter: Herr R. Kobert.

Herr Stadelmann spricht **„über den Einfluss der Alkalien auf den menschlichen Stoffwechsel"** und giebt eine Uebersicht über die Arbeiten seiner Schüler, der Herren Doctoren Burchard, Klemptner, Beckmann, Hagentorn, von denen jeder einzelne Capitel bearbeitet hat. Die Untersuchungen wurden von dem Gesichtspuncte angestellt, ob grosse Dosen von Alkalien, wie sie von Stadelmann mehrfach therapeutisch besonders bei Diabetikern empfohlen worden sind, nicht doch den menschlichen Stoffwechsel nach irgend einer Richtung in einer für den Körper und das Leben schädlichen Weise beeinflussen. Demnach wurden die Alkalien 1) besonders in grossen Dosen, 2) über lange Zeiträume hinaus verabreicht und wurden die Untersuchungen an Menschen (den Experimentatoren selbst) bei Stickstoffgleichgewicht derselben angestellt. In der Literatur finden sich nur die widersprechendsten Angaben über das fragliche Gebiet. Studirt wurde der Einfluss des kohlensauren, doppeltkohlensauren und citronensauren Natrons. Die pflanzensauren Salze, besonders das citronsaure Natron, die im Körper zu kohlensauren umgewandelt und theilweise auch als solche ausgeschieden werden, eignen sich ganz besonders gut, wenn es darauf ankommt, dem Körper Alkalien zuzuführen besser als die kohlensauren Salze, die schlechter resorbirt werden und zum Theil als Chlornatrium in den Körper zur Aufnahme kommen, die Salzsäure des Magens theilweise in Beschlag nehmen und so eher den Stoffwechsel, besonders die Verdauung schädigen. Allerdings kommt auch dem citronsauren Natron eine gewisse abführende Wirkung zu, die manchmal mehr, manchmal weniger zu Tage tritt. Berücksichtigt wurden in den vorliegenden Untersuchungen fast alle normalen Bestandtheile des Harnes und ausserdem noch der Stickstoffgehalt der Faeces.

Was die stickstoffhaltigen Harnbestandtheile anlangt, so waren die Harnsäure und das Ammoniak nach der Zufuhr der Alkalien vermindert, letzteres entsprechend der gegebenen Dosis, eine vollkommene Unterdrückung der Ammoniakausscheidung liess sich jedoch nicht erzielen.

Der Harnstoff bot die interessantesten Anomalien. Bei dem einen der Experimentatoren war die Ausscheidung desselben zuerst vermindert, es wurde Stickstoff angesetzt, dann plötzlich änderte sich das Verhalten, es traten grosse Schwankungen der täglichen Harnstoffausscheidung auf bis zu 11,0, indem die Curve bald unter die Norm sank, bald über die Norm sich erhob, jedoch so, dass das Mittel der Versuchsreihe nur sehr wenig von der normalen Mittelzahl abwich. Bei dem zweiten Experimentator fiel das Stadium der verminderten Harnstoffausscheidung und des Stickstoffansatzes fort und von vornherein begann die Harnstoffausscheidung den schwankenden Charakter anzunehmen mit einer



Oscillationsbreite der Curve bis zu 13,0 von einem Tage zum anderen. Auch hier wich aber die Durchschnittszahl vom Normalen kaum ab.

Die Stickstoffausscheidung in den Faeces stieg mit der verminderten Consistenz der Stühle und betrug gelegentlich fast das Doppelte des Normalen, d. h. statt 0,7 bis zu 1,4 in 24 Stunden.

Eine diuretische Wirkung der Alkalien war deutlich, allerdings bald mehr bald weniger ausgesprochen.

Eine vermehrte Oxydation des Fettes und Verbrauch des angesetzten Körperfettes ist unter ihrem Gebrauch zum mindesten sehr wahrscheinlich.

Kalk und Magnesia werden in ihrer Ausscheidungsgrösse durch den Harn von den Alkalien nicht beeinflusst.

Ebenso wenig die Phosphorsäure und die Schwefelsäure, die unter dem Gebrauche der Alkalien eher in verminderter Menge im Harne aufzufinden sind, ein Punct, der besonders berücksichtigenswerth ist. Es gelingt also wohl durch die Zufuhr von Säuren dem Körper Alkalien zu entziehen, dagegen nicht ihm die anorganischen Säuren zu nehmen durch Zufuhr von Alkalien. Allerdings wird durch die Alkalien das Verhältniss der Aetherschwefelsäuren zu den präformirten verändert, indem erstere in erheblich erhöhter Menge im Harne aufzufinden sind. Ein Umstand, der mit der Neutralisation der Salzsäure im Magen, stärkerer Alkalescenz im Darmkanale und Begünstigung der dort stattfindenden Fäulnissprocesse zu erklären ist.

Kohlensaures Natron wird viel schlechter als citronensaures Natron resorbirt, wenigstens findet sich nach Eingabe des ersteren verhältnissmässig viel weniger Natron im Harne als nach Eingabe des letzteren. Wie viel von letzterem resorbirt wird, lässt sich nicht mit Sicherheit angeben, da von ihm Chloride des Körpers mechanisch mitgerissen werden und sich als NaCl und KCl im Harne auffinden lassen. Es wurde nämlich nach Eingabe grösserer Mengen von citronensaurem Natron mehr Natron im Harne gefunden (nach Abzug der normalen Menge) als zugeführt wurde. Die Verschiedenheit in der Resorption von kohlensaurem und citronensaurem Natron beweist auch, dass letzteres erst im Blute zu kohlensaurem Natron umgewandelt werden kann und nicht schon im Darme, wie dies Buchheim annimmt.

Der Vorgang nach Eingabe von citronensaurem Natron scheint der zu sein, dass das aus ihm gebildete kohlensaure Natron theilweise als solches, oder an die Albuminate gebunden im Körper zurückgehalten wird, theilweise durch die Nieren als kohlensaures Natron zur Ausscheidung gelangt und dabei aus dem Körper NaCl und KCl mechanisch mit sich fortreisst. Für eine theilweise Aufspeicherung spricht die Nachperiode, bei welcher noch circa 4 Tage lang mehr Natron als normal mit dem Harne ausgeschieden wird. Dass citronensaures Natron als solches in irgend wie grösserer Menge zur Excretion kommt, ist im höchsten Maasse unwahrscheinlich. Irgend welche dyspeptische Erscheinungen, eine Einwirkung auf den Allgemeinzustand des Körpers traten selbst nach Dosen bis zu 43,0 des citronensauren Natron und einer Zufuhr von gegen 600 Grm. während der ganzen Versuchsdauer nicht auf.

Die Anwendung pflanzensaurer Salze scheint demnach viel geeigneter als die der kohlensauren Salze, wenn man den Körper, so zu sagen, alkalisiren will. Die Rechnung wies nach, dass ein erheblicher Theil des zugeführten citronensauren Natron als kohlensaures Natron im Harne zur Ausscheidung gekommen sein musste.

Sitzung vom 22. März 1890.

Vorsitzender: Herr R. Thoma.
Berichterstatter: Herr R. Kobert.

1) Herr Küstner stellt 2 Frauen vor, bei welchen er mit Erfolg die **„Ventrofixatio uteri“** gemacht hat, und erörtert seinen Standpunct zu dieser Operation. Er hat bis jetzt 9 Mal um Lageveränderungen des Uterus willen die Laparotomie und zwar stets mit dem gewünschten Erfolg gemacht:

2 Mal bei Totalprolaps von ungewöhnlicher Grösse (bei den zwei vorgestellten Frauen) mit Ventrofixation.

1 Mal bei leicht beweglichem retroflectirtem Uterus, wo auf keine der sonst üblichen Methoden die Normallage des Uterus zu erzwingen war, andererseits sehr schwere Neuritis im Gebiete der Ischiadici dringend eine Correctur der pathologischen Lage des Uterus forderte, mit Ventrofixation.

6 Mal bei fixirter Retroflexio, wo weder Schultze'sche Trennung noch Massage die Fixationen des Uterus beseitigen liessen, 4 Mal davon mit Ventrofixation.

Bei sonst unheilbarem Prolapsus uteri hält K. die Ventrofixation für eine recht sichere Methode, welche trotz der nicht sehr günstigen Erfahrungen P. Müller's weitere Prüfungen verdient und welche einstweilen noch mit anderen radicalen Methoden z. B. der Totalexstirpation des Uterus mit Resection der Vagina concurriren darf.

Wird wegen fixirter Retroflexio die Laparotomie gemacht, so sieht K. die Hauptaufgabe in der Trennnng der pelveoperitonitischen Fixationen. Nach Befreiung des Uterus aus den ihn fixirenden Membranen und Strängen gabelt sich nach K. der weitere Operationsgang nach mehreren Richtungen hin:

1. findet man Ovarien und Tuben sehr schwer chronisch-entzündlich erkrankt, Entzündungen, welche bald Ursache, bald Folge der fixirenden Pelveoperitonitis sein können, so ist vielleicht Exstirpation von Tuben und Ovarien das rationellste;

2. besteht keine oder nur geringgradige Salpingo-Oophoritis, so unterbleibt die Exstirpation der Adnexa uteri. Befindet sich die Kranke im Klimacterium oder ist sie demselben nahe, so ventrofixirt man am besten den Uterus.

Ist aber die Kranke noch in jugendlichem Alter, so ist die Ventrofixation des Uterus zu vermeiden, weil man dadurch die Kranke zum habituellen Abort durch den ventrofixirenden Strang verurtheilt. Dann unterwirft man besser die Kranke nach Trennung der retrofixirenden Stränge einer typischen Pessarbehandlung, wenn man nicht das Freund-Frommel'sche Verfahren der Annäherung der Cervix an die hintere Beckenwand vorziehen will.

2) Herr Dehio spricht **„über den Pulsus bigeminus“** und weist nach, dass derselbe nicht nur als continuirliche Schlagfolge des Herzens, sondern auch in intercurrenten Doppelschlägen auftreten kann, durch welche der gewöhnliche Rhythmus der Herzthätigkeit unterbrochen wird. Im letzteren Fall bildet der Pulsus bigeminus (intercurrens) die Grundform aller derjenigen Arten der Pulsintermittenz, welche man als Pulsus intercidens und als wahre und falsche Intermittens bezeichnet hat; sie alle sind vom Pulsus bigeminus nur quantitativ aber nicht qualitativ verschieden; vielmehr muss für alle diese Formen der Pulsarhythmie eine einheitliche, in ihrem Wesen gleiche Entstehungsursache angenommen werden.

(Der Vortrag erscheint in extenso in dieser Wochenschrift.)

3) Herr Unverricht spricht über **„abwechselnde Zusammenziehung der Herzventrikel“**.

Es zeigen die verschiedenen Krankheitsbilder von „Pulsus bigeminus“ Verwandtschaft mit dem als „Hemisystolie“ oder „ungleichzeitige Contraction der Ventrikel“ beschriebenen Symptomencomplexe. Es kommt nämlich vor, dass man am Arterienrohr trotz sorgfältiger graphischer Untersuchung keine zweite Erhebung nachweisen kann, obgleich am Herzen 2 aufeinander folgende laute systolische Herztöne zu hören sind. In neuerer Zeit ist von Leyden die Ansicht aufgestellt worden, eine solche Erscheinung komme dadurch zu Stande, dass die beiden Ventrikel sich abwechselnd contrahiren. Natürlich könnte dann nur der Contraction des linken Ventrikels ein Puls in der Arterie entsprechen. Leyden selbst hat aber auf Grund späterer Untersuchungen diese Ansicht dahin modificirt, dass der rechte Ventrikel sich an allen Contractionen betheilige, der linke dagegen immer nur an der ersten der beiden kurz aufeinander folgenden Systolen. Auch so würde es verständlich sein, dass *ein* Puls immer *zwei* Systolen entspricht. Es ist diese Form der Herzthätigkeit als *Hemisystolie* bezeichnet worden. Riegel und andere Forscher haben aber auch dieses Vorkommen angezweifelt und den Nachweis zu bringen versucht, dass auch an der zweiten Contraction des Herzens sich der linke Ventrikel ebenso stark betheilige wie der rechte, nur dass wegen der geringeren Kraft dieser zweiten Zusammenziehung ihr kein Puls in der Arterie entspreche. Er fasst also alle Fälle von *Hemisystolie* als *Bigeminie* auf. Von einer abwechselnden Zusammenziehung beider Ventrikel hat man nichts mehr wissen wollen.

Unverricht hat nun auf seiner Klinik einen Fall beobachtet, welcher ihm die Vermuthung nahe legt, dass eine solche Form der Herzthätigkeit doch möglich sei.

Es handelte sich um einen Kranken mit sicher festgestellter Mitralinsufficienz, bei welchem in den letzten Wochen seiner Beobachtung abwechselnd mit der regelmässigen Herzthätigkeit eine Schlagfolge des Pulses auftrat, welche immer nur *eine* Erhebung der Arterie auf 2 lebhafte Herzcontractionen erkennen liess. Auch die sphygmographische Untersuchung der Carotis bestätigte dies.

Wenn man jetzt das Herz auscultirte, so konnte man folgende auffällige Thatsachen constatiren:

1. Nur der *ersten* Systole entsprach ein Geräusch, welches an der Mitralis am lautesten war.
2. Der *zweiten* Systole entsprach ein Ton, welcher am rechten Herzen am lautesten war.
3. Der *erste* diastolische Ton war am stärksten über der Aorta.
4. Der *zweite* diastolische Ton war am lautesten über der Pulmonalis.

Durch Inspection, Palpation und graphische Untersuchung wurde ausserdem noch festgestellt:

1. dass am *linken* Ventrikel der erste Herzstoss den zweiten an Grösse überwog;
2. dass am *rechten* Herzen der zweite grössere Curven lieferte;
3. dass *epigastrische Pulsation* stärker oder fast ausschliesslich beim zweiten Herzstoss stattfand.

Alle diese Erscheinungen lassen sich mit den Worten zusammenfassen, dass diejenigen Phänomene, welche in ihrer Intensität von der Contraction des linken Ventrikels abhängig waren — systolisches Geräusch, Spitzenstoss, zweiter Aortalton — bei der *ersten* Herzcontraction am deutlichsten waren, während die Erscheinungen, deren Stärke von der Zusammenziehung des rechten Ventrikels abhängt — erster Tricuspidalton, Herzstoss über dem rechten Ventrikel, zweiter Pulmonalton, Pulsatio epigastrica — bei der *zweiten* Herzcontraction am ausgeprägtesten waren.



Es muss dies jedenfalls so gedeutet werden, dass hier eine abwechselnde Zusammenziehung der Herzventrikel stattfand, und es ist wohl zweckmässig, für das eigenartige Symptomenbild auch einen besonderen Namen zu wählen. Die Bezeichnung *Systolia alternans* dürfte das Wesen der Erscheinungen am besten treffen.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Zur Casuistik der *congenitalen halbseitigen Gesichtshypertrophie* bringt Dr. E. Kiwull einen Beitrag in den „Fortschr. d. Medic. № 4". Die sehr seltene, hier in ihrer Ausdehnung hochgradige Affection wurde an einem 18-jährigen lettischen Mädchen im Rigaer Stadtkrankenhause beobachtet. Gesicht, Ober- und Unterkiefer, wie die Zunge waren gleichmässig betroffen, die Stirn betheiligte sich; eine makroskopisch wahrnehmbare stärkere Entwickelung der Talg- und Schweissdrüsen fehlte. K. konnte ein (aus kosmetischen Gründen auf Wunsch der Pat.) excidirtes Stück der Oberlippe mikroskopisch untersuchen. Hierbei erwies sich, dass die Massenzunahme auf eine mächtige Hypertrophie des Fett- und Bindegewebes begründet war, während die Muskelsubstanz sich nur in geringem Grade betheiligte. Die im subcut. Gewebe gelegenen Drüsen waren beträchtlich grösser als in der Norm. M.

— Dr. Georges Berne hat *Hydarthros genu* erfolgreich durch *éclatement* (Sprengung) der Synovialis und Massage behandelt. In halbgebeugter Stellung erhält das prall gespannte Gelenk einen Faustschlag und der Inhalt strömt durch einen Kapselriss in das periarticuläre Gewebe, von wo es centralwärts fortmassirt wird. cf. Ganglionbehandlung. Dieses rohe Verfahren kann natürlich nicht vor Recidiven schützen (Ref.).

(The Provinc. Med. Journ. 1889, Oct. pag. 617. — Ref. aus Annales d'Orthopédie).

— Tedeschi heilte eine in's dritte Jahr bestehende Bleilähmung der oberen Extremitäten, welche bereits zu Atrophie und Contractur geführt hatte, in 3 Monaten vollständig mittelst der Muskelmassage nach Metzger. Unter der Behandlung täglich zunehmende Bleiausscheidung im Harn, der früher kein Blei enthielt, ferner Zunahme der Harnmenge und des Körpergewichts. T. empfiehlt die Massage, lässt aber die bisherigen Behandlungsmethoden (Schwefel, Jodkalium, Diaphorese, Diurese, Purgiren) zu Recht bestehen.

(Gaz. int. d. scienze med. — Cbl. f. kl. Med. 5).

— Brunner berichtete in der chirurgischen Section der Versamml. deutsch. Naturforscher und Aerzte in Heidelberg über eine Reihe von Versuchen, durch welche er sich von der *Asepsis der gebräuchlichen Catgutsorten* überzeugen wollte. Die Experimente ergaben, dass Sublimatcatgut und das nach Reverdin's Methode mit Trockenhitze behandelte Catgut sich als vollkommen steril erwies, dass dagegen die mit Carbolsäure-, Chromsäure- und Juniperuscatgut angelegten Culturen vielfach Colonien von Schimmelpilzen und Bacterien aufwachsen liessen.

(Wien. med. W.)

Vermischtes.

— *Ordensverleihung: Der St. Stanislaus-Orden I. Classe* — dem älteren Medicinalbeamten beim Medicinaldepartement, Wirkl. Staatsrath Dr. Lenski.

— *Befördert: Zum Wirkl. Staatsrath* — der stellv. Gouvernements-Medicinalinspector von Wolhynien, Lawrentjew.

— *Verstorben*: 1) Am 5. April in Mitau der Oberarzt am Krankenhause des kurländischen Collegiums allgemeiner Fürsorge, Staatsrath Dr. Oswald Chomse, 58 Jahre alt. Der Verstorbene hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1852—57 studirte und im Jahre 1859 die Doctorwürde erlangte. Seine ärztliche Laufbahn begann Dr. Chomse als Kirchspielsarzt in Allendorf (Livland), siedelte aber im Jahre 1865 nach Mitau über, wo er als freiprakticirender Arzt, von 1867—1887 auch als Ordinator und seit 1887 als Oberarzt am Krankenhause des Collegiums der allgemeinen Fürsorge wirkte. — 2) In Staraja Uschiza (Podolien) der freiprakticirende Arzt W. Tynowski im 29. Lebensjahre am Typhus. — 3) In Jalta der Odessa'sche Arzt Cheifiz, 29 Jahre alt, an einem organischen Herzfehler. — 4) In Kiew der frühere Arzt W. Borissow im 65. Lebensjahre. Der Verstorbene war während des Krimkrieges als Militärarzt in Ssewastopol thätig, gab aber nach dem Kriege seine ärztliche Praxis auf und diente im Senat. In der letzten Zeit bekleidete B. den Posten des Dirigirenden des Controlhofes in Kiew. — 5) Am 13. April n. St. in Dresden der Medicinalrath Dr. Friedr. Küchenmeister, bekannt als hervorragender Forscher auf dem Gebiete der Parasitenkunde, im 69. Lebensjahre. K. war der erste, welcher den experimentellen Nachweis lieferte (i. J. 1852), dass der Bandwurm aus der Finne des Schweins sich entwickelt.

— Wie wir seiner Zeit (cfr. Jahrg. 1889, S. 370 d. Wochenschr.) mitgetheilt haben, wurde die Verwaltung der Südwest-Eisenbahngesellschaft vom Kiewer Bezirksgericht zur Zahlung einer Pension an Dr. G. A. Nadwrozki verurtheilt, weil derselbe auf den Südwestbahnen durch Nachlässigkeit im Betriebe derselben körperlich beschädigt und arbeitsunfähig geworden ist. Gegen dieses Urtheil hatte die Eisenbahnverwaltung eine Appellationsklage bei dem Kiewschen Gerichtshofe erhoben; es wurde aber nach Durchsicht der Sache am 6. März auch von dieser Oberinstanz die Zahlung einer Jahrespension im Betrage von 2000 Rbl. seitens der Eisenbahngesellschaft Dr. Nadwrozki zugesprochen.

— Die Stadt *Jurjewez* (Gouv. Kostroma) hat den jetzt in Kasan prakticirenden Dr. N. N. Reformatski in Anerkennung seiner früheren 7-jährigen Thätigkeit als Landschaftsarzt in dieser Stadt und Umgegend zu ihrem *Ehrenbürger erwählt*. (Wr)

— Dr. Pogorelski, welcher wegen seiner hypnotischen Reclamen aus der Gesellschaft der Jelissawetgradschen Aerzte ausgeschlossen wurde, ist, wie die „Medizinskaja Besseda" berichtet, von der Odessaer jüdischen Gemeinde *zum Rabbiner gewählt* worden. (Wr.)

— Die Kasansche Stadtverwaltung hat beschlossen, 4 Dumaärzte behufs unentgeltlicher Behandlung der mittellosen Kranken anzustellen. Jeder Arzt bezieht 1000 Rbl. Gehalt jährlich, muss sich aber verpflichten, keine Praxis für Zahlung auszuüben. Im Ganzen sind 6580 Rbl. für diesen Zweck ausgesetzt, von denen 800 Rbl. für Medicamente bestimmt sind.

— Die Wittwe des vor Kurzem hieselbst verstorbenen Privatdocenten der militär-medicinischen Academie Dr. Werewkin hat die Bibliothek ihres Mannes der Universität Tomsk geschenkt. (Wr.)

— Das Jubiläum der 25jährigen Lehrthätigkeit des Geh. Med.-Raths Prof. Leyden in Berlin wurde am 6. April festlich begangen in Gegenwart zahlreicher früherer Schüler desselben, worunter Prof. Nothnagel aus Wien, der in längerer Rede die Verdienste Prof. Leyden's hervorhob; die jetzigen Schüler hatten Deputationen gesandt. Unter den zahlreichen Glückwunschtelegrammen war auch eines vom allgem. Verein St. Petersburger Aerzte, auf das eine herzlich dankende Antwort erfolgte.

— Das von Prof. Erlenmeyer redigirte *Centralblatt für Nervenheilkunde*, welches zu Ende vorigen Jahres aufhörte zu erscheinen, wird jetzt als „internationale Monatsschrift für die gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie" fortgesetzt werden unter der Redaction von Dr. Hans Kurella in Allenberg. Die Herausgeber sind: Erlenmeyer, Charcot, van Deventer, Ireland, Kowalewski, Lange, Lombroso, Obersteiner und Seguin. — Die officiellen Sprachen des Centralblattes sind: Deutsch, Französisch und Englisch. Das Anfang April erscheinende erste Heft enthält u. A. einen Artikel Lombroso's: „Les progrès récents de l'anthropologie criminelle". Als Mitarbeiter in Russland sind angegeben: Buch (Willmanstrand), Hinze (St. Petersburg), Korsakow (Moskau), Kowalewskaja (Charkow). Mercklin (Riga). — Das Centralblatt erscheint im Verlage von W. Groos, Kgl. Hofbuchhandlung, Coblenz.

— Die *Pharmakologische Section des X. internationalen medicinischen Congresses* wird auch Themata von allgemeinem Interesse zur Besprechung bringen. Es sind vorgesehen:

1) *Anästhesirungs-Fragen*, eingeleitet von Prof. Lander-Brunton in London.

2) *Pharmakopoe-Fragen*, eingeleitet von Dr. Langgard.

Ferner sind Vorträge angemeldet von Binz, Böhm, Brackelt. Liebreich.

Als Festgabe wird den Mitgliedern der Section dargeboten werden eine von dem Vorstande der Section herausgegebene Titel-Uebersicht der in den letzten 25 Jahren in deutscher Sprache erschienenen experimentellen pharmakologischen Arbeiten. Die Unterzeichneten bitten alle Fachgenossen, die Verzeichnisse ihrer Arbeiten an einen von ihnen bis spätestens den 1. Juni senden zu wollen.

Binz — Bonn. Böhm — Leipzig. Liebreich — Berlin.

— Am 9. April n. St. wurde der *XIX. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie* in der Aula der Berliner Universität durch den d. z. Vorsitzenden desselben, Prof. v. Bergmann. eröffnet. Der Congress war zahlreich besucht, nicht nur von deutschen Fachklinikern, sondern auch von namhaften Chirurgen des Auslandes. In seiner Eröffnungsrede gedachte der Vorsitzende zunächst der heimgegangenen hohen Protectorin der Gesellschaft, der Kaiserin *Augusta*, deren unablässiges humanitäres Wirken die Chirurgen verpflichte, das Gedächtniss der hohen Frau in hohen Ehren zu halten. Sodann widmete der Redner dem verstorbenen grossen Chirurgen Prof. Richard v. Volkmann, dem Mitbegründer der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, einen längeren Nachruf, in welchem er dessen Verdienste um die Gesellschaft und seine Bedeutung für die Chirurgie schilderte. Die Gesellschaft hat im abgelaufenen Geschäftsjahre ausser Prof. Volkmann noch 4 Mitglieder verloren, darunter auch Prof. v. Wahl (Dorpat). Nach Erledigung einiger geschäftlichen Angelegenheiten begannen die wissenschaftlichen Verhandlungen.

Den ersten Vortrag hielt Prof. Kappeler (München) über die *Aether- und Chloroform-Narkose*. Bezüglich der Vorzüge der beiden Betäubungsmittel waren die Meinungen getheilt, doch



XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,
St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 16 St. Petersburg, 21. April (3. Mai) 1890

Gastrisches Infectionsfieber mit Exanthem und rheumatoiden Schmerzen.

(Aus dem Deutschen Alexander-Hospital.)

Von

Dr. E. Moritz

vorgetragen im Allgem. Verein St. Petersburger Aerzte. den 10./22. April 1890.

Obgleich die Erkenntniss der Fieberursachen in den letzten 2 Decennien grosse Fortschritte gemacht hat, obgleich wir heutzutage aus der Fiebercurve allein oft die Diagnose machen können, giebt es auf diesem Gebiete doch noch manche ungelöste Fragen, die nicht selten dem praktischen Arzte arge Verlegenheiten bereiten. Zwei solche Fälle, welche beide viele Wochen hindurch vergeblich behandelt waren und schliesslich durch die Collegen dem Deutschen Alexanderhospital zugeführt wurden, — haben uns die Gelegenheit gegeben, für einen bisher dunklen Symptomencomplex eine Deutung zu finden und damit zugleich auch die Mittel zur Heilung.

Ich möchte Ihnen zunächst die betr. Krankengeschichten mittheilen.

E. Kr., aufgenommen im Al.-Hosp. 19. Nov. 1889, 39 J., Comptoir-Beamter in einem Versicherungs-Bureau, stammt aus Deutschland, ist bisher stets gesund gewesen bis auf einen exanth. Typhus vor 12 Jahren; keine Lues. Beide Eltern sind am Krebs gestorben (Rectum, resp. Mamma). *Mitte October* 1889 erkrankte er unter Fieberanfällen, die mit Frost und Kopfschmerzen einsetzten, danach Hitze und schliesslich Schweiss. Jeder Anfall dauerte ½—1 Tag, die Temperatur erreichte stets eine bedeutende Höhe — 40,0 — die darauf folgende Apyrexie war eine vollkommene (unter 37,0) und pflegte 1—2 Tage anzuhalten. Vielfach angewandte Antipyretica blieben ohne erheblichen Einfluss auf die Anfälle, — doch sind dieselben in den letzten 2 Wochen etwas kurzdauernder und subjectiv leichter geworden, nur traten mit jedem neuen Fieberanfall Schmerzen in den Beinen auf, die von einer Eruption von Hautknoten und Flecken begleitet waren. — Seit längerer Zeit hat Pat. einen Bandwurm. Auf Befragen bestätigt Pat., dass er stets ein starker Esser gewesen ist.

19. Nov. Pat. ist hochgewachsen, sehr mager, Körpergewicht 123 ℔, bleich, Lippen blass. An sämmtlichen inneren Organen keine Abnormität zu entdecken, insbesondere sind die Herztöne vollkommen rein, Herz von normaler Grösse, Puls mittelstark (in der Apyrexie) ca. 80; Lungen frei, kein Husten, kein Auswurf, Blutspeien nie vorgekommen. Der Leib mittelgross, weich, schmerzlos, Oberbauchgegend vorgewölbt, Leber und Milz nicht vergrössert, Zunge rein, Appetit gut, Stuhl geregelt. Die Fieberanfälle treten jeden 2. Tag auf, beginnen mit Schmerzen und Kältegefühl in den Beinen, dann allgemeine Hitze, die Temperatur steigt auf 39° und darüber, danach Schweissausbruch, besonders auf den Beinen; Dauer meist eine Nacht. Zugleich treten an den Unterschenkeln und Füssen hellrothe erhabene Flecke auf von verschiedener Grösse; die kleinsten etwa Traubenkern-, die grösseren bis Mandelgross. Es sind deutliche Hautinfiltrationen, härter als die Umgebung, heiss, empfindlich bei Berührung, — haben grösstentheils dasselbe Aussehen wie die Infiltrate beim „Erythema nodosum", zeigen bald central hämorrhagischen Charakter und schrumpfen nach 1—2 Tagen unter bräunlicher oder livider Verfärbung hinweg. Dabei werden allgemeine ziehende rheumatoide Schmerzen besonders in Ober- und Unterschenkeln geklagt, Schmerzhaftigkeit bei Bewegungen, beim Strecken der Knie, beim Wenden im Bett. Der Symptomencomplex entspricht dem Bilde einer „Peliosis rheumatica" hinreichend um auch diese Bezeichnung zu rechtfertigen, — nur greifen einige Infiltrate über das Corium in die Tiefe bis in's subcutane Zellgewebe; keine nachweisbaren Exsudationen in die Knie- oder Fussgelenke.

Die bisherige Behandlung während ca. 5 Wochen war vollständig resultatlos gewesen; es waren Chinin- und andere Antipyretica, Schwitzcuren u. s. w. versucht und eben wegen dieser Erfolglosigkeit wurde Pat. unserem Spital zugeführt.

Zunächst wurde eine Bandwurmcur vorgenommen und am 20. Nov. ein sehr langer Bothriocephalus mit Kopf abgetrieben.

22.—23. Nov. Nachdem sich Pat. relativ besser gefühlt, treten neue Schmerzen im rechten Handgelenk mit leichter Schwellung ein, zugleich hohes Fieber bis 39,6. Während das Fieber abfällt, bessert sich das Handgelenk, es tritt aber ein frisches, sehr schmerzhaftes Hautinfiltrat am linken Oberschenkel auf.

Von nun ab erhält Pat. 2 Mal täglich Chin. mur. gr.jj und ein warmes Bad mit Waldwoll-Extract.

24. Nov. Apyrexie — guter Appetit.
25. Nov. Mässiger Fieberanfall, Schmerz im l. Oberschenkel.
26. Nov. Apyrexie, Körpergewicht 128 ℔.
27. Nov. Nächtliches Fieber bis 39,0.
28. Nov. Apyrexie.
29. Nov. Wieder heftiges Fieber 39,1 mit Bildung neuer Infiltrate an den Beinen, — nur fehlt die centrale Hämorrhagie.
30. Nov. Nach kurzer Apyrexie neues Fieber bis 39,8.

Die Resultatlosigkeit der bisherigen Therapie, der vollständig negative Befund an den inneren Organen, brachte uns zur Ueberzeugung, dass wir es mit einer *Infectionskrankheit aus bisher nicht aufgefundener Ursache* zu thun haben müssten. Es giebt pyämische Fieber, deren Ursprung lange Zeit occult bleiben kann, auch habe ich selbst in einem Falle ulceröser Endocarditis viele Wochen hindurch fast jeden Tag das Herz auscultirt, ohne jemals ein Geräusch wahrzunehmen. Im Hinblick auf die letztere Möglichkeit, sowie auf einen vielleicht doch vorhandenen Zusammenhang mit etwaiger Lues — wurde eine reguläre Schmiercur begonnen und neben den Bädern und Chinin 3 Wochen (15 Frictionen) durchgeführt.

1. Dec. T. 36,8—37,7—39,0. An der rechten Seite der Stirn ein geröthetes Infiltrat, das in die Tiefe bis auf's Periost dringt.
2. Dec. T. 36,2—37,7—39,3. Mehrere Eruptionen an beiden Unterschenkeln, beiden Armen und Händen und am rechten Orbi-

talrande, — dieselben weniger schmerzhaft als früher; das Allgemeinbefinden ist relativ gut, Appetit ziemlich stark, Zunge rein, am linken vorderen Gaumenbogen eine umschriebene Röthe.

3. Dec. T. 36,9—36,8—37,2. Wohlbefinden, Abblassen und Abschwellung der Efflorescenzen. Körpergewicht 131½ ℔.

4. Dec. T. 37,4—38,0—39,8. Schweiss, leichte Schmerzhaftigkeit.

5. Dec. T. 36,5—37,4—37,5. Wohlbefinden.

6. Dec. T. 37,1—38,9—39,7. Neue charakteristische Flecke auf beiden Handrücken und dem linken inneren Augenwinkel.

7. Dec. T. 37,1—38,0—38,5.

8. Dec. T. 36,9—38,3—38,9. Während der vergangenen Woche hat sich das Allgemeinbefinden im Ganzen gut gehalten, der Appetit war auffallend stark, Pat. consumirte stets die volle Portion und noch reichlich Butterbrod, Milch, Wein. Dieses veranlasste uns wiederholt seinen Magen auf seine Grössenverhältnisse zu untersuchen. In der That war derselbe sehr gross, wölbte sich im Stehen stets als weiches Kissen vor, die untere Grenze stand Morgens nüchtern 1½ Finger *über*, — nach 1 Glas Milch *am* Nabel (nach Dehio-Taube bestimmt); im Liegen erhielt man stets lautes Plätschern auch am Morgen bei relativ geringer Füllung; eine einheitliche grosse Fluctuationswelle liess sich im Oberbauch von dem linken zum rechten Hypochondrium hinüberwerfen. Der Versuch, eine Schlundsonde einzuführen, scheiterte wiederholt an einer unüberwindlichen Panik des etwas aufgeregten Patienten; ein einziges Mal gelang sie, brachte aber nichts heraus.

9. Dec. T. 36,6—39,0—37,8. Kleine Infiltrate an Ober- und Unterschenkeln.

10. Dec. T. 37,4—39,3—38,9. Neue Hautknoten auf beiden Beinen mit heftigen Schmerzen, welche mit dem Schweissausbruch schwinden. Körpergewicht 131½.

11. Dec. T. 36,6—37,8—38,9.

12. Dec. T. 37,4—39,3—39,3. Neue Eruption — Schweiss stark.

13. Dec. T. 35,8—36,6—36,7.

14. Dec. T. 38,4—40,0—38,0. Am Morgen beim Aufsitzen im Bett leichter Ohnmachtsanfall. Neue Eruptionen am linken Arm und Oberschenkel.

An diesem Tage wurde der Patient wieder genauer untersucht und derselbe negative Befund allenthalben constatirt, abgesehen von den abnormen Grössenverhältnissen des Magens. Die relativ gute allgemeine Ernährung — Pat. hatte im Hospital im Ganzen 8 ℔ zugenommen trotz seines Fiebers — bewies uns auch ohne Ausheberung des Mageninhaltes, dass der Chemismus der Verdauung functionirte, auch die Ingesta in ausreichender Menge weiter in den Darm befördert werden mussten. Dagegen unterlag es keinem Zweifel, dass der Magen abnorm weit war, dass ein grosser Theil seines Inhaltes in ihm unbeweglich übernachtete, — das hatten wir bereits seit einer Reihe von Tagen constatirt: der nüchterne Magen war nicht leer — enthielt eine Menge Luft und Flüssigkeit. Konnte nicht dieser über Nacht stagnirende Mageninhalt den Nährboden bilden für Gährungsvorgänge, für Entwickelung pathogener Mikroben und der durch dieselben producirten chemischen Gifte? Während der reichlichen Nahrungsaufnahme am Tage füllte sich der Magen mit Speisen, es wurde reichlich Salzsäure producirt, die Magenverdauung functionirte, ein grosser Theil der Massen wanderte genügend vorbereitet in den Darm; — ein anderer Theil aber verblieb im Magen, der wahrscheinlich fortdauernd reichlich Schleim absonderte, aber während der Nachtruhe keine oder nicht genug Salzsäure mehr producirte. So entwickelten sich in dem Mageninhalte Gährungs-, Zersetzungsvorgänge — und allnächtlich, immer wieder neue Generationen irgend welcher Mikroben, welche, in den Blutstrom gelangt, die Fieberanfälle und die peripheren Localisationen bewirkten?

Verhielt es sich in der That so wie wir vermutheten, so mussten die Fieberanfälle fortbleiben, sobald die Gährungsvorgänge im Mageninhalt gehemmt wurden. Das konnten wir erreichen, indem wir der gährungshemmenden Kraft des Magensaftes, welcher für diesen grossen Raum und seinen massenhaften Inhalt nicht ausreichte, — durch einen Ueberschuss von Salzsäure zu Hilfe kamen. — Pat. erhielt von nun ab nach jeder Nahrungsaufnahme 10 Tropfen Acid. mur. dil. in etwas Wasser.

15. Dec.—6. Jan. Der Erfolg der neuen Behandlung war ein überraschender: mit Beginn der Darreichung der Salzsäure blieb *das Fieber sofort und dauernd weg:* die Temperatur bewegte sich zwischen 36,0—36,9 und hat nicht einmal 37,0 erreicht. Die Schmerzen in den Beinen schwanden bald, ebenso die Pigmentflecken und kleinen Härten an den Extremitäten.

Die grauen Frictionen wurden nach einigen Tagen weggelassen, mit den Bädern aber, welche von vornherein das Allgemeinbefinden günstig beeinflusst hatten, fortgefahren.

Das Körpergewicht betrug den 17. Dec. 133 ℔
„ 24. „ 137 „
„ 1. Jan. 141 „
„ 6. „ 147 „

Das Körpergewicht ist also in den ersten 2 Wochen des Hospitalaufenthaltes um 8 ℔ gestiegen, darauf 2 Wochen etwa unverändert geblieben (+ 2 ℔) und dann seit Beginn der Salzsäurebehandlung in 3 Wochen um 14 ℔ weiter gestiegen — Gesammtzuwachs 24 ℔. — Vom 24. Dec. ab ist alle medicamentöse Behandlung fortgelassen worden, — auch die Salzsäure. — Pat. wurde am 6. Jan. entlassen, ist danach dauernd gesund geblieben. Dass nach Sistirung der Salzsäure-Zufuhr keine neue Eruption erfolgte, scheint mir eine weitere Stütze für die Annahme eines parasitären Ursprunges der Krankheit: die früher von einem Tage zum anderen entstandenen Keime (Sporen?) einer neuen Generation von Mikroben gingen zu Grunde, oder wurden allmälig aus dem Magen fortgebracht, wo durch das fortdauernde Vorhandensein von Salzsäure ihre Entwickelung nicht möglich war. Und nachdem einmal alle Keime entfernt waren, durfte auch die Salzsäure fortbleiben — der Magen war eben desinficirt.

Vorstehender Fall kann für sich allein als beweisend für die Annahme gelten, dass durch die Salzsäure Heilung bewirkt wurde in einem Krankheitszustande, welcher einerseits den pyämischen Fiebern occulter Provenienz, andererseits der Peliosis rheumatica und dem Erythema multiforme nahestand. Allein es waren ja auch andere eingreifende Mittel (graue Schmierung, Bäder) angewandt worden und es konnte immerhin ein gewisser Zweifel übrig bleiben, ob nicht am Ende doch diese mehr oder minder am Erfolge Antheil hatten.

Ein günstiger Zufall brachte uns bald Gelegenheit diese Zweifel fallen zu lassen.

F. T--w., aufgenommen im D. Alex.-Hosp. den 20. März 1890. 28 J. alt, Hauslehrer, Russe von Geburt, hat vor 5 Jahren eine 3-wöchentl. Pleuritis durchgemacht, sonst früher nie ernstlich krank gewesen, keine Lues.

Am 1. Febr. erkrankte er plötzlich unter Kopfschmerz und heftigen Gliederschmerzen, Frost und Hitze; zugleich traten überall, besonders an den Beinen theils flache, theils erhabene rothe Flecke auf.

Der zuerst gerufene Arzt diagnosticirte Influenza, gab Antipyrin, wodurch vorübergehend Temperaturabfall bewirkt wurde. Das Fieber anfangs remittirend, wurde bald intermittirend, so dass Tage mit hohem Fieber bis 40° und darüber mit vollkommen fieberfreien abwechselten, doch waren sowohl die Apyrexien als die Fieberperioden nicht ganz regelmässig in Bezug auf Dauer und Temperaturhöhe. Mit jedem neuen Fieberausbruch schossen neue Flecken und Hautinfiltrate auf: — dieselben waren meist hellroth und schwanden in einigen Tagen, indem sie entweder livid oder bräunlich sich verfärbten oder einfach abblassten, — einzelne traten sogleich als dunkelblaue (hämorrhagische) auf, — alle waren bei Berührung schmerzhaft.

Das Allgemeinbefinden war an den Fiebertagen schlecht: Durst, Appetitlosigkeit, Schmerzen in den Beinen, Schwäche. An den fieberfreien Tagen fühlte sich Pat. erträglich wohl, hatte auch Appetit; trotzdem magerte er immer mehr ab, das Körpergewicht ging von 46 Kilo (112¼ ℔) allmälig auf 40,5 Kilo (98¾ ℔) hinab. — Stuhl die ganze Zeit über träge. Nachdem Pat. beinahe 7 Wochen vergeblich mit Antipyrin, Natr. salicyl., Chinin, Calomel und Bädern behandelt worden, kam er den 20. März in's D. Alex.-Hospital.

20. März. *Stat. präs.:* Mittelgrosses, muskelschwaches, sehr mageres Individuum, — Haut und sichtbare Schleimhäute sehr blass. Pat. ist sehr schwach, kann sich nur mit Mühe im Bett aufrichten, was zum Theil von Schmerzen in den Beinen bedingt ist. Beide Knie etwas flectirt und schmerzhaft, kein flüssiges Exsudat enthaltend, Unterschenkel und noch mehr die Aussenseite beider Oberschenkel auf tieferen Druck empfindlich (in der Muskulatur). Auf den Beinen, den Armen und am Rücken zahlreiche einzelstehende hellrothe Flecke, Quaddeln und dem Erythema nodosum ähnliche Hautinfiltrate von Hanfkorn- bis Mandelgrösse, — dieselben bei Berührung empfindlich; die älteren unter ihnen sind abgeblasst, haben einen gelblichen Farbenton angenommen.

Das Herz reicht nach rechts bis nahe an den rechten Sternalrand, Spitzenstoss im 4. I. C. R. mittelstark, Töne an der Spitze dumpf, keine Geräusche. Ueber den Lungen überall normaler Befund, kein Husten. Schleimhaut des Mundes blass, Zunge vollkommen rein. Der Unterleib klein, nicht druckempfindlich, der Magen nicht vergrössert, Leber normal, Milz erheblich vergrössert, nicht palpabel. Urin eiweissfrei. Stuhlgang seit Wochen träge, erfolgt nur nach Klysma; Appetit während der Apyrexie ziemlich gut, im Fieber fehlend. Nach dem Essen häufig Ructus mit dem Geschmack der genossenen Speisen, Gefühl von Völle und Druck im Epigastrium.

P. 110, mittelstark. T. 36,8—37,0. — Bad von 30° mit Waldwollextract.

Nach seinen Lebensgewohnheiten befragt, giebt Pat. zu, dass er immer guten Appetit gehabt hat und ein Freund von allerlei Fruchtsäften, Süssigkeiten u. s. w. gewesen ist.

Der vorstehend beschriebene Fall glich in allen Hauptpuncten so sehr dem ersten, dass es sehr nahe lag und von dem höchsten Interesse war, ihn von demselben Gesichtspuncte aufzufassen und dementsprechend zu behandeln.

In der That waren die rheumatoiden Gliederschmerzen, die Hauteruptionen, die Fiebercurve in beiden Fällen ganz die gleichen, — ebenso der negative Befund an Lungen, Leber, Nieren, der relativ gute Appetit in der fieberfreien Zeit. Auch in diesem Falle mussten wir es mit einer parasitären Infectionskrankheit zu thun haben — der cyklische Verlauf der einzelnen immer wiederkehrenden Fieberanfälle dürfte allein zur Begründung dieser Meinung genügen, dazu kamen aber noch als weiter gravirende Momente die Milzschwellung und die freilich geringen, aber doch auf beginnende Degeneration des Myocard zu deutenden Symptome am Herzen. Doch fehlten uns in diesem Falle deutliche Indicien, welche auf den Magen als die Infectionsquelle hinweisen konnten; hatte doch bei dem Pat. E. Kr. gerade die abnorme Grösse und Füllung des Magens uns auf die richtige Spur geleitet; F. T—w. aber hatte einen kleinen Magen, — Druckgefühl nach dem Essen kommt ja bei Fieberkranken oft genug vor. — Nichtsdestoweniger wollten wir uns über die Magenverhältnisse mehr Aufschluss verschaffen.

21. März. Eine Stunde nach einem Probefrühstück wird die Schlundsonde unbehindert in den Magen eingeführt, es gelingt jedoch nicht etwas aus demselben zu exprimiren; erst nach Eingiessen von etwas Wasser und Ansaugen gelangen geringe schleimige Massen in das Rohr, aus welchem sie in ein Glas ausgeblasen werden. Die auf diese Weise gewonnene kleine Probe des Mageninhaltes giebt deutlich saure Reaction, aber keine Spur von Salzsäure, also organische Säuren. Dieser Befund gab uns genügende Stütze für die Annahme, dass auch in diesem kleinen Magen ebenso wie in dem abnorm weiten des E. Kr. Gährungs- und Zersetzungsvorgänge mit Bacterienentwickelung ihr Wesen treiben dürften. Es wurde nun die Diät regulirt: die bisher reichlich genossenen organischen Säuren, Salate, Fruchtsäfte, Weine, — ebenso fette Speisen, Butter u. s. w. wurden verboten. Pat. erhielt gemischte Kost, etwas starken Wein (Madeira) und reichlich Milch; nach jeder kleinen Mahlzeit wurden 5 Tropfen Acid. mur. dil., — nach jeder grösseren je 15 Tropfen verordnet.

An diesem Tage trat unter Frösteln wieder heftiges Fieber ein, dabei Kopfschmerz und heftige Schmerzen in der Muskulatur beider Oberschenkel und einige neue Hauteruptionen (Quaddeln?) an den Armen und am Rücken. T. 37,2—40,4. Bad. Stuhl per Klysma.

22. März. Subjectives Wohlbefinden, guter Appetit; Schwäche und Schmerzen in den Beinen bei Bewegungen dauern fort. T. 36,2—36,4. Bad. Klysma.

23. März. Morgens Wohlbefinden, Abends leichtes Fieber, was aber minder lästig ist. Keine Hauteruptionen. T. 36,1—39,0. — Bad.

24. März. Das Gefühl von Druck im Epigastrium nach dem Essen ist fast geschwunden. T. 36,6—37,4. — Bad.

25. März. Leichtes Frösteln, einige kleine neue Flecke; subjectiv leichter. T. 36,8—38,2. — Bad.

26. März. Der nach Probefrühstück ausgeheberte Mageninhalt ist sauer, enthält ca. 1‰ Salzsäure, etwas Milchsäure und giebt positive Reaction auf Pepton und Zucker.

Obgleich der heilsame Einfluss der Salzsäure-Behandlung in die Augen springt, schien es uns doch erwünscht, den Magen selbst auf medicamentösem Wege zu stärkerer Salzsäure-Production anzuregen und es wurden zu diesem Zwecke die sogen. Appetit-Tropfen (Tinc. nucis vom. ℥j mit Tinc. Chinae comp. ℥j) vor jeder Hauptmahlzeit verordnet.

T. 36,9—38,8. *Letzte Fiebertemperatur* — 5 Tage nach Beginn der Salzsäure.

27. März—2. April. Subjectives Wohlbefinden, das sich mit jedem Tage bessert. Temp. dauernd normal 36,2—37,0, guter Appetit. Keine neuen Hauteruptionen, die Gliederschmerzen lassen allmälig nach, die Knie werden gestreckt, eine gewisse Schmerzhaftigkeit in der Oberschenkel-Muskulatur hält am längsten an und hindert die Bewegungen. Das Körpergewicht ist auf 44,6 Kilo (108¾ ℔) gestiegen — also Zunahme 10 ℔. — Pat. ist 2 Tage lang durch Zahnschmerz stark geplagt, danach wieder munter, steht auf, beginnt zu gehen. Die Behandlung wurde die ganze Woche hindurch gleichmässig fortgeführt; ebenso die Diät.

3.—10. April. Verminderung der verabreichten Salzsäuremenge, — die kleineren Gaben werden sistirt, die grösseren von 15 auf 10, dann auf 5 Tropfen herabgesetzt und zuletzt ganz fortgelassen. Die Diät ist jetzt auch nicht mehr beschränkt, — es wird die volle Spitalsportion und noch mancherlei ausserdem gereicht und gut vertragen. R. Herzgrenze Mitte des Sternum. Die Milzschwellung geringer, aber immer noch in gewissem Grade vorhanden (8. Rippe). Pat. ist genesen, Körpergewicht 118 ℔. Totale Zunahme in 3 Wochen = 20 ℔.

Die beiden vorliegenden Fälle scheinen mir in hohem Grade bedeutsam: sie lehren uns — vorausgesetzt, dass wir hier einen causalen Zusammenhang zwischen der Behandlung und dem Verlauf überhaupt annehmen —, dass der *Magen* die Einbruchspforte von Infectionserregern sein kann auch dann, wenn keine groben Verdauungsstörungen im gewöhnlichen Sinne vorliegen. — Sie sind aber nicht minder bedeutsam dadurch, dass durch sie ein Lichtstrahl geworfen wird in ein bisher dunkles Krankheitsgebiet. Noch vor 4 Jahren hat Wagner*) in seiner Arbeit «Purpura und Erythem» (D. A. f. kl. M., Bd. 39) diese dunkle Krankheitsgruppe eingehend besprochen. Purpura, Erythema multiforme, Urticaria, Peliosis rheumatica, Gelenkrheumatismus, Endocarditis — dass zwischen allen diesen Krankheitszuständen vielfache Beziehungen und mannigfache Uebergänge und Combinationen bestehen, hat er uns an zahlreichen Beispielen erläutert, spricht es auch aus, dass es sich in einigen Fällen um eine acute Infectionskrankheit handeln könne, — doch blieb die Provenienz der Infection dunkel. Haben wir durch unsere Beobachtungen auch nur für *einen kleinen Theil* der in diese Kategorie gehörigen Fälle ein ätiologisches Verständniss angebahnt, so haben wir immerhin einen Schritt vorwärts gethan, der gerade jetzt mehr als jemals früher von der exacten wissenschaftlichen Forschung verwerthet werden kann.

Welche Parasiten es sind, die vom Magen aus in unseren 2 Fällen den Gesammtorganismus krank gemacht, — ob's ihre Ptomaïne oder Toxalbumine sind, welche die Allgemeinerkrankung bewirken, darüber werden uns vielleicht später Brieger und Fränkel, Baginski und andere Forscher auf diesem Gebiete belehren; — wir praktischen Aerzte wollen uns zunächst dabei bescheiden, einen kleinen Gewinn für unser therapeutisches Können zu verzeichnen.

*) Vgl. Masing, diese Wochenschr. 1887, S. 22, Fall II.

Ein Fall von Antifebrinvergiftung [1]).

Von

Dr. med. J. Vierhuff

(Subbath in Curland).

Frau G., eine junge, blühende Frau, litt oft an Kopfschmerzen und nahm dann gewöhnlich nach Gutdünken etwas Antifebrin. Am 26. Juni a. p. hatte sie wieder einmal Kopfschmerzen und nahm um 7 Uhr Morgens *nüchtern* etwa 1 Theelöffel Antifebrin, das sie sich aus einer Schachtel in ein Glas Wasser schüttete. Als diese Portion nicht gleich die gewünschte Wirkung hatte, wurde nach ca. 10 Minuten noch eine solche genommen. Das bemerkte der Gatte der Frau und machte sie darauf aufmerksam, dass es gefährlich sein könnte, so viel zu nehmen, worauf sie ein Glas Milch und bald darauf etwas Alaunlösung trank, um Erbrechen hervorzurufen, was auch erfolgte. Trotzdem stellten sich bald Schwindel, Ohrensausen, Pulsiren in den Schläfen, dumpfer Kopfschmerz und grosse Schwäche ein, und die Gesichtsfarbe wurde blau-grau.

Als ich die Kranke um 11 Uhr, also 4 Stunden nachdem das Antifebrin genommen worden war, sah, bot sie folgendes Bild dar: Fahle livide Gesichtsfarbe, Blaufärbung der Lippen, der Finger- und Fussnägel, auffallende Blässe des ganzen Körpers; die Pupillen waren eng, das Sensorium ungetrübt, Herztöne leise, Puls 84, weich, Temp. 36,4.

Ordination: 1 gehäufter Theelöffel Carlsbader Salz zur Abführung, kalter Grog in Ermangelung von Wein als Stimulans.

Etwa nach ½ Stunde trat plötzlicher Collaps ein, die Herzaction wurde unregelmässig und aussetzend, der Puls war nicht zu zählen, kaum fühlbar, Athmung ganz oberflächlich, Bewusstsein geschwunden, Patientin sah moribund aus. Ordination: Hautreize (Bürsten der Fusssohlen, Essigeinreibung des Gesichtes, Besprengung des Gesichtes und der Brust mit kaltem Wasser), subcutane Injection von 2 Grm. einer Mischung von Ol. camphorat. und Aether sulf.

Das Bewusstsein kehrte langsam wieder, doch nur auf kurze Zeit, bald erfolgte Erbrechen durch Mund und Nase und wieder todesähnliche Ohnmacht, aus der Frau G. nur mit äusserster Mühe gerettet werden konnte, namentlich da ich (durch ein Missverständniss unvorbereitet) nicht genügend mit Stimulantien versorgt war und im Hause weiter nichts als verdünnter Spiritus von 40° zu haben war.

In der That musste ich bis zum Eintreffen des nach Ol. camphorat. und Aether abgesandten Boten eine Menge subcutaner Injectionen von besagtem Spiritus machen, um das Auslöschen des matten Lebenslichtes zu verhindern. Die Collapszustände wiederholten sich noch mehrfach, ca. 3½ Stunden war Frau G. eine Sterbende; dann besserte sich der Zustand ein wenig, das Herz arbeitete wieder regelmässig, wenn auch noch sehr matt, und ich konnte es jetzt wagen, die Kranke auf einige Stunden zu verlassen, um das zu einer subcutanen Kochsalzinfusion Nöthige zu

[1]) Ein kurzes Referat dieses Falles, zur Warnung des Publicums, ist in der „Zeitung für Stadt und Land" im Juli vorigen Jahres abgedruckt.



beschaffen. Als ich nach etwa 3 Stunden wiederkam, lächelte Frau G. bereits, war aber noch sehr matt. Es waren einige dunkle (die Magd sagte „schwarze") Ausleerungen erfolgt und Pat. hatte etwas Milch bei sich behalten. Eine kurze Zeit zögerte ich noch mit der Infusion; als die Pat. aber wieder einen leichten Ohnmachtsanfall bekam, wurde zur Infusion geschritten. Dieselbe wurde mit einem Irrigator ausgeführt, an dessen (möglichst dünnem) Schlauch eine starke Pravaz'sche Nadel befestigt war. Dieser improvisirte Apparat functionirte leider nicht besonders, es vergingen 2 Stunden bis etwa 1 Bierglas eingeflossen war; unterdessen mussten noch einige Grm. Ol. camphorat. und Aether eingespritzt werden. Immerhin schien die Einverleibung genannten Quantums der Kochsalzlösung in den Blutkreislauf von grossem Nutzen zu sein. Nach Beendigung der Infusion waren keine Stimulantien mehr erforderlich, Frau G. war jetzt um 9 Uhr Abends, also 14 Stunden nach der Aufnahme des Giftes, ausser directer Lebensgefahr.

Das anämische Aussehen und die Schwäche blieben noch längere Zeit bestehen; nach einer Woche konnte Frau G. noch nicht allein über's Zimmer gehen und hatte Schmerzen in allen Gliedern.

Aus der Literatur ist mir nur ein Fall von Antifebrinvergiftung bekannt, der von Marechaux in № 41 des vorigen Jahrganges der Deutschen Med. Wochenschrift beschriebene; da hatte ein 5 Mon. altes Kind 0,25 Antifebrin bekommen. In meinem Falle konnte leider die Quantität nicht bestimmt werden, ich taxire dieselbe auf ca. 5 Grm.

Die Therapie bestand in beiden Fällen in Stimulation des Herzens und Anregung von Ausscheidungen (Abführung und bei M. auch noch Diaphorese), ausserdem wurde in meinem Falle, wie gesagt, dem Blute unverfälschtes Material in Form von Salzwasser zugeführt. In M.'s Falle genügte zur Stimulation die Darreichung von Ungarwein per os, während in meinem (bedeutend schwereren) Falle fast nur subcutan (mit Alkohol, Aether und Campher) stimulirt werden konnte, da bei dem mehrere Mal eintretenden Collaps von Schlucken nicht die Rede war, und auch sonst der Magen fast nichts bei sich behielt.

Nachschrift. Eben im Begriff diesen Fall zur Veröffentlichung einzuschicken, lese ich in № 8 der St. Petersb. Med. Wochenschrift den interessanten Fall von College Hartge (Dorpat). Hier nahm ein kräftig gebauter junger Mann (Stud.) 28 bis 29 Grm. Antifebrin, nachdem er auf einem Zechgelage 6 bis 8 Glas Cognacpunsch und gegen 6 Flaschen Bier vertilgt hatte. Trotz der etwa 6-fachen Quantität des consumirten Antifebrins waren hier die Vergiftungserscheinungen (bis auf intensivere Verfärbungen) nicht stärker als in dem Falle der Frau G. — Hartge hält es für wahrscheinlich, dass in seinem Falle ein sehr reines Präparat gebraucht worden ist. Mir scheint die Hauptsache zu sein, dass Stud. B. auf der Basis von ca. 8 Glas Cognacpunsch und ca. 6 Flaschen Bier operirte, während Frau G. ihre ca. 5 Grm. nüchtern nahm.

Referate.

F. Bessel-Hagen: Ueber Hämatome in der Unterbauchgegend und an den äusseren Geschlechtstheilen des Weibes und über Spontanperforation des Hämatocolpos bei Atresia vaginae hymenalis. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 38, pag. 277—299).

Während gewöhnlich die Hämatome der Vulva im Zusammenhange mit der Gravidität stehen, und die bisher beschriebenen seltenen Fälle, wo dieses nicht statt hatte, stets auf ein Trauma (Stoss oder Fall) zurückgeführt werden konnten, beschreibt B.-H. ein Hämatom, welches bei Atresia vaginae hymenalis sich aus einem Hämatocolpos entwickelte, nachdem ein Riss in der Vagina dem Blute den Eintritt in das Unterhautzellgewebe gestattet hatte, ohne dass ein Trauma stattgefunden hatte. Das bisher nicht menstruirte kräftige 16-jährige junge Mädchen erkrankte Ende April 1888 unter heftigen Schmerzen in der Regio hypogastrica und unter Erscheinungen, welche eine bestimmte Diagnose nicht hatten stellen lassen, besserte sich jedoch nach Verlauf mehrerer Tage ohne besondere Medication. Genau 4 Wochen später gleicher Anfall am 26. Mai. Am 2. Juni gesellte sich zu den heftigen Leib- und Kreuzschmerzen Abends Empfindlichkeit der rechten grossen Schamlippe, Unvermögen die Blase vollkommen zu entleeren und bald darauf eine grosse Geschwulst an den äusseren Genitalien, welche unter den Augen B.-H.'s zu enormer Grösse anwuchs. Sie erstreckte sich von der Vulva über den mons Veneris und das Ligamentum Pouparti hinaus bis zur Höhe des Darmbeinkammes. „Die aufgelegte Hand vermochte deutlich an einem fühlbaren Knistern das Vordringen der Blutmassen im Unterhautbindegewebe der hypogastrischen Gegend wahrzunehmen; ein eigenthümliches Gefühl, so lange die Quelle der Blutung noch nicht festgestellt war". Fluctuation, blaurothe Färbung. Erst die Narkose gab Aufschluss, indem sie ein impermeabeles Hymen aufwies, durch welches leicht bläulich das zurückgehaltene Menstrualblut hindurchschimmerte. v. Bergmann spaltete das Hymen und im Bogen quoll das Blut hervor, während gleichzeitig die Schwellung längs dem Lig. Pouparti und die Spannung im Labium majus sicht- und fühlbar sanken. Dicht oberhalb des Hymen konnte der Finger einen kleinen Riss an der rechten Seite der Vagina nachweisen. Keine Spülung, mittelstarkes Drainrohr in die Vagina, Deckverband von Gaze und Watte. Opium und regelmässiger Katheterismus. Am nächsten Morgen T. 38,6, Abends 38,1. Die beiden nächsten Abende gaben noch 38,2 und 38,0, von da ab normal. Die blutige Verfärbung der Haut ging nach links von der Regio pubis bis zum Trochanter major zur linken Spina ossis ilei aufwärts, ein Stück der Crista entlang um schliesslich in querer Richtung etwa 2 Finger breit unterhalb des Nabels nach rechts herüberzugehen. Hier reichte sie über die ganze Regio hypochondriaca bis zur 11. Rippe, umfasste die ganze Regio iliaca und stieg 2—3 Finger breit von den Dornfortsätzen bis handbreit unterhalb des Trochanter major. In der Regio inguinalis und iliaca zahlreiche Striae. Am 19. Juni wurde die Pat. völlig hergestellt entlassen.

Helferich: Ueber die Zulässigkeit der Chopart'schen Exarticulation. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 39, pag. 732—741).

H. führte bisher das schlechte functionelle Resultat der Chopart'schen Exarticulation, nämlich die häufig beobachtete Equinusstellung, hauptsächlich auf 3 Momente zurück: 1) den Wegfall des vorderen Theiles des Fussgewölbes; 2) Entzündungen des Fussgelenkes und 3) das Herabsinken des Stumpfes schon während der Behandlung. Gegen alle diese 3 Puncte lassen sich vorbeugende Maassnahmen ergreifen: nach vorn aufsteigende Sohle, correcte Antisepsis, correcter Verband und Nachbehandlung. Trotzdem wurde H. durch einen Misserfolg überrascht: Equinusstellung und Decubitus schon nach nicht voll 2 Jahren. Die Stelle des letzteren entsprach aber nicht der Narbe, sondern einem Knochenvorsprunge am vorderen Ende der unteren Calcaneusfläche. Anatomische Untersuchungen ergaben, dass noch ein zweiter Vorsprung ziemlich häufig vorkommt. H. empfiehlt daher, beide abzumeisseln, um einem eventuell eintretenden Decubitus vorzubeugen. Das ist gewiss sehr rationell. H. sagt aber vorher selbst: „Meiner Meinung nach liegt die Ursache darin, dass der alte hilflose Mann in der Folge keine richtige Sohle für seinen Chopart-schen Stumpf mehr trug. So begann die Equinusstellung etc." Hier liegt auch sicher der Punct, wo wir den Hebel... nicht anzusetzen vermögen, und der Grund, warum die Pirogow'sche Amputation vielfach mit Recht bevorzugt wird: Sie macht den armen Mann unabhängig von jeglicher Prothese. Voss (Riga).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Leube: Specielle Diagnose der inneren Krankheiten. Leipzig 1889. Verlag von F. C. W. Vogel. 369 S.

In dem vorliegenden Werke füllt Verf. eine wesentliche Lücke in dem Schatz unserer diagnostischen Lehrbücher aus, insofern sich dasselbe gewissermaassen an die Lehrbücher über die Untersuchungsmethoden der inneren Krankheiten anschliesst und lehrt, wie das mit Hilfe der letzteren gefundene Material zu verarbeiten und für die Diagnose im speciellen Falle zu verwerthen ist. Nach einer kurzen Einleitung, in welcher Verf. den Gang einer Krankenuntersuchung skizzirt und die Anleitung zu einer kritischen Verwerthung der gefundenen Thatsachen giebt, geht er zur ausführlichen Besprechung der Diagnose und Differentialdiagnose der verschiedenen Krankheiten über. Als Illustrationen sind gelegentlich kurze Krankengeschichten dem Texte beigefügt. Der reiche Schatz an eigener Erfahrung des Verfassers, welche aus dem Buche spricht, die Berücksichtigung der Ergebnisse der neueren Literatur und die grosse Klarheit in dem Abwägen der verschiedenen Krankheitssymptome dürften das Buch sowohl dem Arzte als werthvolles Handbuch und bewährten Rathgeber bei der Diagnosenstellung unentbehrlich machen, wie auch dem Studirenden, welcher aus demselben reichliche Belehrung schöpfen kann.

In der zunächst erschienenen ersten Hälfte des Werkes behandelt Verf. die Erkrankungen der Circulations-, Respirations-, Digestions- und Harnorgane, diejenigen der Nebennieren und des Peritoneum und verspricht in der zweiten Hälfte die Diagnose der Infections- und Nervenkrankheiten bald folgen zu lassen. Westphalen.



Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 15. November 1889.

1) Dr. Deubner demonstrirt ein 1½-jähriges Brustkind mit einem angeborenen Herzfehler. Anämisches Kind mit deutlich rhachitischen Erscheinungen, Lippen bläulich verfärbt, Bulbi leicht hervortretend. Beim Schreien und Pressen Athembeschwerden und Cyanose des Gesichts. Letztere Erscheinung ist erst seit dem 4. Lebensmonat beobachtet; seit dieser Zeit bestehen eclamptische Anfälle. Exquisites, systolisches Geräusch über dem ganzen Herzen hörbar mit deutlich prononcirtem Punctum maximum im zweiten linken IC. In den Carotiden kein Geräusch. Keine auffallende percutorische Vergrösserung der Herzdämpfung. Dr. Deubner ist geneigt, den Fall als angeborene Stenose der Art. pulm. anzusprechen.

2) Im Anschluss an die Verlesung des Prot. der letzten Sitzung theilt Dr. Hampeln mit, dass, wie er sich nachträglich überzeugt, in Gerhardt's Kinderkrankheiten intermittirendes Fieber beim Beginn von Pneum. fibrin. erwähnt wird.

Dr. Radecki: Strümpell beschreibt in seinem Handbuche ebenfalls solche Fälle mit Vorführung einer exquisit intermittirenden Curve.

Dr. Wolferz hat vor Kurzem einen gleichen Fall beobachtet. 8-jähriges, schwächliches Kind erkrankt plötzlich mit Frost und Erbrechen, Temp. 39,8, P. 120—130, Athmung beschleunigt. Am folgenden Morgen 37,5, dabei P. 110 und frequente Respiration. Tags darauf 40,0. Jetzt l. h. u. tympanitischer Schall, nach 2 Tagen hier Knisterrasseln. Dr. Wolferz glaubt sich zu der Annahme berechtigt, dass es sich hier beim Abfallen der Temp. gleichsam um einen collapsartigen Zustand handele, veranlasst bei einem schwächlichen Individuum durch den plötzlichen Austritt von Blut aus den Gefässbahnen. Ein öfters zu beobachtendes Analogon sei der bei Blutungen im Verlaufe des Typh. abdom. zu constatirende Temperaturabfall. Dr. Bernsdorff kann für den von ihm referirten Fall einen Collaps nicht zugeben.

3) Bezüglich seiner im vorigen Prot. niedergelegten günstigen Erfahrungen über das Fleischpulver muss heute Dr. Wolferz berichten, dass ihm jetzt Fälle begegnet sind, in welchen auf das sorgfältigste bereitetes Fleischpulver absolut nicht genommen wurde.

4) Dr. Treymann: „Ein Fall von Graviditas extrauterina". M. K., 37 a. n., 5 Mal geboren, das letzte Kind vor 5 Jahren. Ende Mai a. c. länger dauernde Periode unter starken Schmerzen, darnach 6 Wochen zu Bett gelegen; seitdem beständig krank, arbeitsunfähig. Regel nicht wiedergekehrt. Seit Ende Mai will Pat. eine stetig wachsende Geschwulst im Leibe bemerkt haben. Den 22. Sept. erste Untersuchung. Uterus in einer Breite von ca. 6—7 Ctm. der vorderen Bauchwand anliegend, erwies sich bei der Sondenuntersuchung, die, da der Uterus sehr deutlich abzutasten, dreist vorgenommen werden konnte, von einer Länge von ca. 10 Ctm. Hinter ihm nach links ein wenig beweglicher Tumor von derber Elasticität. Starkes Uteringeräusch, Fötalpuls nicht zu hören. Die Grösse des Tumors entspricht der Grösse eines im 5. Monat schwangeren Uterus. Durch's hintere Scheidengewölbe ein harter, ebener Theil zu fühlen. Aus den Brüsten lässt sich Collostrum ausdrücken, Linea alba pigmentirt, Vaginalschleimhaut weinhefenartig verfärbt. Die Diagnose war leicht zu stellen: Gravid. extraut.; lebendes Kind. Den 5. October Eintritt in's Krankenhaus. Den 18. Oct. Laparotomie. Schnitt eine Handbreit über dem Nabel bis zur Symphyse. In der Mittellinie unten eine blassrothe, fluctuirende Blase, welche durch die Sonde als der Uterus nachgewiesen wird. Wegen ausgedehnter Adhäsionen des Fruchtsackes ist ein Hervorwälzen unmöglich. Die Verwachsungen erstrecken sich auf den Uterus, auf eine Dünndarmschlinge, welche von rechts nach links über die Kuppe des Sackes streicht, auf die vordere und seitliche Bauchwand, rechts sowohl als links. Sämmtliche Adhäsionen breit und sehr blutreich. Nur l. o. h. gelingt es der Hand in die Tiefe vorzudringen; hier werden Kindstheile gefühlt. Auch hier in der Tiefe Adhäsionen. Nach mühsamem Zurückhalten des linken Bauchwundrandes kann endlich hier am linken Rande der vorn oben befindlichen grossen Placenta auf den vorliegenden Kindskopf eingeschnitten werden. Extraction des Kindes mit Muzeux'schem Haken. Gewicht des Kindes 1½ ℔, Länge 29 Ctm. Die pulsirende Nabelschnur wird unterbunden. Das Kind macht einige Bewegungen. Mässige Blutung aus dem Placentarrande. Mässig viel Fruchtwasser. Die Placenta wird zurückgelassen. Tamponade des Sackes mit Jodoformgaze. Der Einschnitt in den Fruchtsack liegt sehr weit nach links hinten, doch gelingt es ohne allzu grosse Zerrung den Fruchtsack einzunähen. Schliessung der Bauchwunde ober- und unterhalb des eingenähten Sackes mit tiefen und oberflächlichen Knopfnähten. Eine Toilette des Abdomens war wegen der beschränkten Raumverhältnisse und der drohenden Blutung unmöglich. Dauer der Operation 2½ Stunden.

Vor der Operation war das Befinden der Pat. ein relativ gutes; dieselbe ging umher, war im übrigen blass, angegriffen und ziemlich schlecht genährt. Bald nach der Operation stellten sich Schmerzen und Erbrechen ein. Letzteres dauerte volle 8 Tage an, alle bekannten Mittel liessen im Stich, Pat. hat während dieser Zeit kaum etwas Flüssigkeit bei sich behalten. Die Schmerzen konnten nur durch Morphium-Injectionen gelindert werden. Verbandwechsel anfangs alle 24, hernach alle 36 Stunden, der Verband meist mit serös-blutiger Flüssigkeit durchtränkt, das Verhalten der Wundränder und Nähte ein befriedigendes. Leib zunächst leicht aufgetrieben. Die Jodoformgaze-Tampons wurden am 4. Tage entfernt und an deren Stelle ein fingerdickes Drainrohr eingelegt. Das Secret aus dem Sacke geruchlos, einige kleine Blutgerinnsel werden herausgespült. Der Rand der Placenta hat sich aus der Wunde vorgeschoben. So zufriedenstellend auch der Wundverlauf war, das Allgemeinbefinden der Pat. war Besorgniss erregend. P. 120—135 sehr klein bei Temp., welche zunächst 37 nicht erreichten. Am Abend des 3. Tages grosse Unruhe, Angstvorstellungen, heftige Schmerzen im ganzen Leibe. Das Sensorium in der Folge meist benommen, schliesslich deutliches Bild einer Psychose mit ängstlichen Vorstellungen, Nahrungsverweigerung etc. Unter zunehmendem Kräfteverfall am 17. Tage nach der Operation Exitus letalis. Die Temp. war in der zweiten Woche 4 Tage hindurch auf 38,2—38,4 gestiegen, sonst stets normal oder subnormal. Der Sack hatte sich schliesslich bis auf Faustgrösse verkleinert, die Placenta vorquellend, jedoch noch festsitzend und beim Einschneiden blutend, wärend die Durchschneidung der Nabelschnur ohne Blutung blieb. Die Verbandstücke meist stark durchtränkt, stets geruchlos.

Dr. Krannhals demonstrirt den Fötus und den bei der Section gewonnenen Fruchtsack incl. der in der nächsten Umgebung desselben durchtrennten Weichtheile. Die Placenta ragt hervor, ⅔ derselben haben sich gelöst und zwar ganz ohne Blutung. Als anatomische Todesursache muss zweifellos ein septischer Process gelten. Das Beckenperitoneum dunkelblau getrübt, injicirt und imbibirt. In der rechten Niere miliare, streifige Abscesse. Keinerlei Erscheinungen einer foudroyanten Peritonitis. Nirgends im Peritonealraum Eiter. Extraperitoneal zwischen rechter Bauchwand und Fruchtsack ein kleiner Abscess. Das rechte Ovarium cystisch entartet, links lassen sich Ovarium und Tube nicht nachweisen. Zwischen den Blättern des Lig. latum ist das Wachsen des Sackes vor sich gegangen, wahrscheinlich den Ausgang vom Ovarium nehmend, was sich jedoch makroskopisch nicht mit Sicherheit eruiren lässt.

Sitzung am 6. December 1889.

Dr. Bergengrün (als Gast): „Ueber einen Fall von Verruca dura laryngis". (Veröffentlicht in Virchow's Archiv 118. Band, 1889).

Dr. Bergmann: Der referirte Fall illustrirt vollkommen das, was Virchow in seinem bekannten Vortrage über Pachydermia laryngis gesagt. Während jedoch das Carcinom (auch beim Kaiser Friedrich) einseitigen Sitz hat, sitzen die Warzen im Kehlkopf doppelseitig. Diese Thatsache ist von grosser Bedeutung für die klinische Differential-Diagnose im höheren Alter, da das gewöhnliche Larynxcarcinom ja ebenfalls eine papilläre Geschwulst. — In dem vorliegenden Falle bestand exquisite trockene Laryngitis und Pharyngitis. Epithelmetaplasie ist aber meistens beim sog. atrophischen Catarrh beobachtet worden.

z. Z. Secretär: Bernsdorff.

Zehnter deutscher Congress für innere Medicin in Wien.

(Vom 15.—18. April 1890).

Zum ersten Mal seit der Zeit seines Bestehens tagte diesmal der Congress für innere Medicin nicht, wie bisher immer, in dem lieblichen Badeorte des Taunus, Wiesbaden, sondern auf den Vorschlag Prof. Nothnagel's (Wien), welcher der diesjährigen Versammlung präsidirte, in der alten Kaiserstadt Wien. Gegen 500 Fachgenossen hatten sich aus Deutschland und Oesterreich, aber auch aus verschiedenen anderen Ländern dort zu wissenschaftlicher Arbeit und fröhlichem Verkehr eingefunden, um — dem Programm des Congresses getreu — sich zu verständigen über Fragen, welche die Heilkunde bewegen, Erfahrungen auszutauschen, Ideen anzuregen und auszuführen, endlich auch um gemeinsame berechtigte Interessen zu vertreten.

Am 15. April wurden die Verhandlungen des Congresses durch den Präsidenten, Prof. Nothnagel, mit einer längeren, formvollendeten und inhaltsreichen Rede im Festsaale der Academie der Wissenschaften eröffnet.

Nachdem der Präsident die Mitglieder der Versammlung herzlich willkommen geheissen und ihnen den alten academischen Weihegruss zugerufen, erinnerte er daran, dass der zehnte Congress für innere Medicin an einer Stelle tage, welche gerade in der Versammlung hochgestimmte und dankbare Erinnerungen erwecken muss. Auf den Rath des ausgezeichneten Arztes Gerhard van Swieten habe die Kaiserin *Maria Theresia* dieses Gebäude der Universität als Heim errichtet, hier in Wien wurde auf Swieten's Anregung die erste innere Klinik in deutschen Landen gehalten und seit ihm hat eine glänzende Reihe hervorragender Vertreter der inneren Medicin hier gewirkt: der feurige, geistvolle de Haen, der gefeierte, glänzende Maximilian Stoll, Peter Frank mit gründlicher Vielseitigkeit, Valentin v. Hildebrandt mit treuer schlichter Beobach-

tung, und dann später der energische, durchdringende Naturforscher **Skoda**, der ärztliche Künstler **Oppolzer**, der hochbegabte Pfadfinder **Türk** bis zu dem feinsinnigen, klar denkenden **Bamberger**. Den geeigneten Boden, auf welchem eine solche Reihe hochragender Kliniker gedeihen konnte, habe der kaiserliche Menschenfreund **Joseph** geschaffen, welcher das Saluti et solatio aegrorum über seine humane Schöpfung setzen liess. Im Geiste **Joseph's** habe auch ein späterer Nachkomme desselben aus seinem hochgesinnten Herzen das Wort gesprochen: „Das kostbarste Capital der Staaten und der Gesellschaft ist der Mensch".

Prof. **Nothnagel** entwirft nun ein Bild von dem Entwickelungsgange, welchen die Medicin in einer mehr als 2000-jährigen Geschichte durchgemacht hat, wobei er in skizzenhaften Umrissen andeutet, in welcher Weise die innere Medicin in langer Arbeit auf dem Wege zu ihrem Ziele: Krankheitsverhütung und Heilung, fortgeschritten ist, welche Beziehungen bei ihr zwischen wissenschaftlicher Erkenntniss und praktischem Können bestehen.

Die Forderung, dass die Medicin das normale menschliche Leben verlängern solle, sei einfach unerfüllbar, denn die individuelle Lebensdauer ist eine angeborene, immanente Eigenschaft jedes Organismus derart, dass derselbe nach einer bestimmten Zeit zu functioniren aufhören muss. Für die Erhaltung der Gesundheit jedoch habe die Medicin durch Jahrtausende so gut wie nichts gethan. Abgesehen von Einzelheiten, wie **Jenner's** unsterbliche That, seien die wesentlichen Fortschritte der Prophylaxe erst in den letzten Decennien erfolgt. Der ferneren Anforderung an unsere Kunst, physisches Leid zu lindern, die Qual des Schmerzes zu lösen, konnte die ältere Medicin nur ungenügend nachkommen; erst durch die Chemie und das Experiment sind wir seit wenigen Jahrzehnten mit Hilfsmitteln für diese Zwecke ausgerüstet. Und was die eigentliche Aufgabe der Medicin, die Kunst, Krankheiten zu heilen anlangt, so kam die Therapie bis in den Anfang dieses Jahrhunderts nicht über den alten hippokratischen Standpunct hinaus. Erst als die Medicin mit dem Beginn dieses Jahrhunderts aus einer blos descriptiven mit haltlosen Speculationen überladenen Disciplin in eine wahre mit den Methoden der echten Naturforschung arbeitende Wissenschaft umgewandelt wurde, als die Physiologie und pathologische Anatomie erblühten, die Physik, Chemie, das Thierexperiment, die pathologische Histologie feste Anhaltspuncte schufen, da erst begann auch eine wissenschaftliche Behandlung. Freilich sind wir noch weit ab vom Ziele. Heute brauchen wir wohl nicht mehr zu fürchten, dass irgend eine besondere Forschungsmethode die Klinik aus ihrer festen Bahn bringen wird. Erst seitdem die Medicin den Weg der Induction betreten, Beobachtung und Experiment vereint zum Zweck der Erkenntniss angewendet hat, ist sie im Stande gewesen, auch praktische glänzende Ergebnisse zu erringen.

Ob nicht einst, — so schliesst N. seine Rede —, ein neuer grosser Geist der Methodik unseres Denkens, unserer Forschung noch wieder ganz andere Bahnen anweisen wird, wer will sich vermessen, das zu sagen? Vor der Hand indessen müssen wir uns begnügen, unter Einsetzung aller Kraft mit den heutigen Erkenntnissmethoden zu arbeiten. Die Geschichte lehrt: für die Medicin führt der Weg zum Können nur durch das Kennen — beide aber sollen getragen sein von höchster sittlicher, von echt menschlicher Gesinnung.

Nachdem sodann der Unterrichtsminister v. **Gautsch** im Namen der Regierung und Bürgermeister Prix als Vertreter der Stadt Wien die Versammlung bewillkommnet hatten, begrüsste Prof. **Billroth** im Namen der Wiener Gesellschaft der Aerzte den Congress. Es kann, sagte er unter Anderem, für die Wissenschaft nur ein Ziel geben: Wahrheit und Klarheit. Das als wahr und klar Erkannte zum Heile der Menschheit zu verwerthen, ist Aufgabe des Arztes. Man könne ebenso sehr mit den kühnen Forschern des Geistes, welche uns in neue Bahnen führen, als mit dem Landarzte sympathisiren, welcher mit Mühe und grossen Schwierigkeiten kämpfend, sich mit den Fortschritten der Wissenschaft bekannt machend, zufrieden und glücklich ist, der leidenden Menschheit zu helfen.

Ueber die wichtigeren wissenschaftlichen Vorträge auf diesem Congresse werden wir nächstens referiren und bringen heute nur noch einiges aus den geschäftlichen Verhandlungen. Bezüglich der Wahl des Congressortes wurde ein von 10 Mitgliedern eingebrachter Antrag vorgelegt und angenommen, nach welchem der Congress alle 2 Jahre in Wiesbaden stattfinden, in den dazwischen liegenden Jahren aber der Ort des Congresses (Berlin, München, Leipzig und Wien) jeweilig bestimmt werden soll. Zum Vorsitzenden des im nächsten Jahre wieder in Wiesbaden tagenden Congresses wurde Prof. **Mosler** (Greifswald) gewählt. Bf.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Die Medicinal-Abtheilung des Kriegsministeriums in Berlin hat am 7. Nov. 1889 folgenden Befehl gegeben: Nachdem durch neuere Untersuchungen festgestellt ist, dass besonders der Auswurf der an Lungenschwindsucht Erkrankten oder derselben verdächtigen Personen die Uebertragung von Tuberkelbacillen auf Gesunde vermittelt, ist abgesehen von den für Infectionskrankheiten im Allgemeinen in Betracht kommenden Maassregeln in den Militärlazarethen strenge Fürsorge dahin zu treffen, dass der Auswurf der an dieser Krankheit leidenden Kranken möglichst unschädlich gemacht werde. Daher wird befohlen: 1) dass die Montirungsstücke, welche die Kranken in's Lazareth mitbringen, desinficirt werden; 2) dass die Schwindsüchtigen möglichst abgesondert von den anderen Kranken gelagert werden; 3) dass sie in den Lazarethen angehalten werden nur in ein zweckentsprechendes Gefäss (Speiglas oder Spucknapf) zu spucken, welches stets mit etwas Wasser gefüllt ist und täglich mit kochendem Wasser oder 5% Carbolwasser gereinigt wird; 4) dass etwa vorkommende Verunreinigung des Bodens durch Scheuern mit kochendem Wasser oder mit 5% Carbolwasser gereinigt wird; 5) dass alle Bett- und Leibwäsche, sowie die Krankenkleider der Tuberculösen abgesondert ausgekocht und desinficirt werden; 6) dass Matratzen, wollene Decken und sonstiges Bettzubehör desinficirt werden; 7) dass die Bettstellen mit 5% Carbolwasser gewaschen werden; 8) dass der Fussboden unter und neben der Bettstelle gründlich mit kochendem Wasser oder mit 5% Carbolwasser gereinigt wird; 9) dass die Wand in der Nähe des Bettes mit 5% Carbolwasser gewaschen wird; 10) dass die wegen Tuberculose als dienstunbrauchbar bezw. invalide zu entlassenden Mannschaften vor ihrem Ausscheiden nicht mehr in ihre Quartiere oder in Revierbehandlung übergehen, sondern unmittelbar aus dem Lazareth zur Entlassung gelangen. Ausserdem ist in allen Räumen je ein Spucknapf aufzustellen, der nicht mit Sand oder Sägespänen zu füllen, sondern mit einer geringen Masse Wasser, sodass der hineingelangende Auswurf immer feucht erhalten wird.

Diese praktischen Maassregeln verdienen mit allem Recht auch bei uns in Kasernen, Schulen, Krankenhäusern, ja in allen Privathäusern, eingeführt und genau beachtet zu werden.

(Deutsche milit. Zeitschr. № 12, 1889.) **Grimm.**

— **Petschek** und **Zerner** (Ueber die physiologische Wirkung des Saccharin, Pharmaceut. Journ. and Transact. March. 1889) ziehen aus ihrer Untersuchung über die Wirkung des Mittels auf das Ptyalin, Pepsin und Pankreasferment folgende Schlüsse: das Saccharin hemmt in concentrirter Lösung, wahrscheinlich wegen seiner sauren Reaction die Wirkung des Ptyalins auf Stärkemehl, was bei Abstumpfung der Säure oder Anwendung des Natriumsalzes nicht geschieht; denselben Einfluss übt es auf das Pepsin aus; es ergiebt sich daraus die Regel, dass man das Mittel mit Natronsalzen, resp. als Natronsalz selbst giebt, wodurch auch Verdauungsstörungen vermieden werden; ausgeschieden wird das Saccharin durch den Urin und nicht, wie einige behaupten, durch den Speichel. Verff. haben das Mittel bei 50 Kranken versucht, in Dosen von 0,1—1,0 G., ohne dass sie eine irgend merkliche Wirkung auf Fieber, Puls, Athmung und Transspiration gesehen hätten, auch wurde niemals Albuminurie, selbst bei alten Nephritikern, beobachtet. Die antifermentative Wirkung des Mittels kam besonders in Fällen von abnormer Darmgährung zur Geltung, am energischsten aber bei Verdauungsstörungen mit gleichzeitiger Magenausspülung, und zwar bei 2-stündlichen Gaben von 0,3—1,0 G. Bei Diabetes mellitus wurde der Zuckergehalt bedeutend herabgesetzt, in 8 gegen Borsäure rebellischen Fällen von Otitis media purulenta wurde in kürzester Zeit wesentliche Besserung erzielt, bei Cystitis blieb das Mittel wirkungslos.

(Therap. Monatsh. I.)

— **Löwentaner**: *Ueber antiseptische Behandlung der Variola*. Verf. hat in 6 Fällen confluirender Variola das Gesicht mit folgender, auf eine Leinwandmaske mit schmalen Oeffnungen für Augen, Nasen und Mund gestrichener Salbe bedeckt und einen honiggelben Schorf erhalten, welcher nach dem Abfallen eine glatte Haut hinterliess: Rp. Glycerin. neutral. 70,0, Amyli puri 30,0, Acid. salicyl. 3,0. M. f. pasta. Um den Schlund vor dem Trockenwerden zu schützen, lässt er alle ¼—½ Stunde mittelst Tropfenzähler etwas von folgender Mischung einflössen: Rp. Ol. Amygdal. dulc. 15,0, Syrup. fl. Aurantior. 30,0, Aq. Laurocerasi 10,0, Chinin. hydrochlor. 0,3. Solve in Acidi hydrochlor. q. s. f. Emulsio. Der Vortheil dieser Methode bestehe darin, dass 1) alle Kinder genasen, 2) die Krankheitsdauer auf 12—13 Tage abgekürzt wird (Abfallen der Schorfe), 3) der Verlauf fast fieberfrei ist, 4) die Ansteckungsfähigkeit fast Null ist und 5) keine Entstellung des Gesichts einträte. (Therap. Monatsh. № 6). **Hz.**

Vermischtes.

— Am 15. April verschied hierselbst am Herzschlage der ehemalige Professor der allgemeinen Pathologie und Diagnostik an der medico-chirurgischen Academie, zugleich berathendes Mitglied des gelehrten militär-medicinischen Comités, Geheimrath Dr. **Victor Besser**, im 65. Lebensjahre. Einen ausführlichen Nekrolog bringen wir nächstens.

— *Ernannt:* Der ehemalige Professor der Pharmakologie an der militär-medicinischen Academie, gegenwärtig Regierungscommissar für die kaukasischen Mineralbäder, Wirkl. Staatsrath Dr. **Ssuschtschinski**, und der Professor der Augenheilkunde an der militär-medicinischen Academie, Wirkl. Staatsrath



Dr. D o b r o w o l s k i — zu berathenden Mitgliedern des gelehrten militär-medicinischen Comités, mit Belassung in ihren bisherigen Stellungen.

— *Verstorben:* 1) In Pleskau der frühere Gouvernements-Medicinalinspector, Wirkl. Staatsrath Dr. R u d o l p h Z e l l i n s k i im 65. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1844—1852 studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde wurde Z. Kreisarzt in Birsk (Gouv. Orenburg), siedelte aber i. J. 1854 nach Orenburg über und fungirte dort anfangs als Arzt am Hospital des Collegiums der allg. Fürsorge, dann als Operateur der Medicinalverwaltung ebendaselbst. Im J. 1863 wurde er zum Medicinalinspector von Tobolsk und i. J. 1866 in derselben Eigenschaft nach Wolhynien versetzt. Seit seiner i. J. 1881 erfolgten Pensionirung lebte Z e l l i n s k i in Pleskau. Der Verstorbene war, wie das örtliche Blatt in dem Nachrufe sagt, ein treuer Sohn der Wissenschaft und beschäftigte sich noch bis wenige Tage vor seinem Tode mit gelehrten Studien. Seit mehr als 30 Jahren an einer schweren Krankheit leidend, war er zu einem zurückgezogenen Leben genöthigt; in seinem gebrechlichen Körper lebte jedoch ein frischer nicht gewöhnlicher Geist. 2) Am 3. April in Moskau der dortige Arzt, Wirkl. Staatsrath N i k o l a i W i n o g r a d s k i. 3) In Witebsk der Gouvernements-Medicinalinspector, Staatsrath N. E. K u s m i n s k i. 4) Der Oberarzt des Militär-Lazareths in Dshulek (Syr-Darja-Gebiet) S c h o k a l s k i. 5) und 6) Die jüngeren Militärärzte U s p e n s k i und K a l a s c h n i k o w. 7) In London der Professor der Chirurgie an der Universität zu Loewen (Belgien) Dr. M a x i m i l i a n M i c h a u x, 83 Jahre alt.

— Professor Dr. L e b e r in Göttingen ist zum ordentlichen Professor der Augenheilkunde, sowie zum Director der Augenklinik an der Universität Heidelberg ernannt worden.

— Der bekannte Syphilidolog und Dermatolog Prof. Dr. G e o r g L e w i n in Berlin hat vor Kurzem seinen *70. Geburtstag* begangen, bei welcher Gelegenheit demselben zahlreiche Beweise der Anerkennung und Verehrung zu Theil wurden. Von einer besonderen Feier musste abgesehen werden, da L. bereits seit Jahresfrist leidend ist.

— In Oporto ist, wie die Tagesblätter berichten, Dr. U r b i n o P h e i t a s, Professor der medicinischen Facultät und eine der ersten Autoritäten Portugals unter der entsetzlichen Anschuldigung verhaftet worden, seinen Schwager und seinen Neffen, welche beide gestorben sind, vergiftet und an 5 anderen Verwandten Vergiftungsversuche unternommen zu haben. Er soll dieses Verbrechen begangen haben, um in den Besitz einer grossen Erbschaft zu gelangen.

— Der soeben publicirten *Statistik des österreichischen Sanitätswesens im Jahre 1887* entnehmen wir folgende Daten: Die Zahl der Krankenhäuser betrug in dem Berichtsjahre 568 (gegen 557 im Vorjahre), die Zahl der behandelten Kranken 300,422 (um 6001 oder um 2% mehr als im Vorjahre). Von diesen wurden im Durchschnitte 67,8% geheilt, 16,1% gebessert und 5,8% ungeheilt entlassen, während 10,3% starben. Von der Gesammtzahl der Spitäler gehörten 52 Krankenhäuser geistlichen Vereinigungen an, welche einen Krankenbestand von 32,354 Individuen aufwiesen. Als die wichtigsten und häufigsten Krankheiten erwiesen sich: die Syphilis mit 24,522 Krankheitsfällen und die Tuberculose mit 17,790 Krankheitsfällen. Während aber beinahe ein Drittheil aller in den Krankenhäusern Verstorbenen durch Tuberculose den Tod fand, forderte die Syphilis nur 0,31% Todesfälle. — In den *23 öffentlichen* und *5 Privat-Irrenanstalten* wurden im Jahre 1887 13,441 Individuen (um 6,2% mehr als im Vorjahre) beherbergt. 9,3% wurden geheilt entlassen, 15,4% ungeheilt entlassen und 11,7% starben. Unter allen Erkrankungsursachen erreicht die erbliche Anlage die höchste Procentziffer (15,7%); nächst dieser waren Trunksucht (13,1%) und Gemüthsbewegung oder deprimirende Affecte (6,7%) die häufigsten Ursachen der Erkrankung. Ausserhalb der Irrenanstalten wurden 20,739 Irrsinnige nachgewiesen, so dass von diesen allein auf 100,000 Einwohner 94 solche Geisteskranke kommen; von diesen Irrsinnigen wurden nur 1826 oder 8,8% in Versorgungsanstalten verpflegt. — In den 18 *Gebäranstalten* wurden 16,736 Mütter und 15,086 Kinder verpflegt, davon starben 0,93% Mütter und 5,21% Kinder; der Aufwand für diese Anstalten betrug 410,545 Gulden. — Die 10 *Blinden-Institute* verpflegten 706 Zöglinge, von welchen 17,2% blind geboren wurden; ausserhalb dieser Anstalten gab es noch 14,798 Blinde, von welchen nur 2,2% in Versorgungsanstalten lebten. *Cretinen* gab es im Jahre 1887 14,798, deren Hauptcontingent in den Alpenländern zu finden ist.

— Dass *comprimirte Tabletten* den Darm unverändert passiren können, hat A r n o l d in 2 Fällen beobachtet: Einem 8-jährigen Knaben wurden gegen Fieber Antipyrin-Tabletten à 0,5 Gramm, einem 10-jährigen Phenacetin-Tabletten à 0,5 Gramm gegen Neuralgien verabreicht. In beiden Fällen durchwanderten die Tabletten den Darm vollständig unverändert.

(Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte. — Allg. med. C.-Ztg.)

— Von der französischen Gesellschaft gegen den Missbrauch geistiger Getränke ist ein *Preis von 1000 Francs* (Prix *Lunier*) für die beste Arbeit über folgendes Thema ausgesetzt worden: „Welches sind die erblichen Folgen der Trunksucht? Welche Maassnahmen sind anzuwenden, um die Entstehung dieser Folgen zu verhüten oder ihre Wirkungen zu mildern?" Die Verhütungsmaassnahmen können sich auf moralische, sociale, therapeutische etc. erstrecken. Besondere Rücksicht soll auf die Arbeiten von L u n i e r genommen werden. Ausnahmsweise können auch publicistische Werke in den letzten 2 Jahren zur Bewerbung zugelassen werden. Die Arbeiten sind *bis zum 31. December a. c. n. St.* an Dr. M o t e t, rue de Charonne 161 in Paris, einzusenden.

— Die preussischen Eisenbahndirectionen haben einige *Salonwagen besonders zum Krankentransport* eingerichtet und dem entsprechend mit Betten und allem zum Krankentransport Nöthigen ausgerüstet. Solche Wagen sind vorhanden in Altona, Cöln, Erfurt, Wiesbaden, Hannover und Berlin (Stettiner Bahnhof). Die qu. Wagen werden auf vorherige Bestellung auch auf jeder anderen preussischen Staatsbahnstation den Reisenden zur Verfügung gestellt. Für die Benutzung eines Wagens sind 12 Billets erster Classe zu lösen. (A. m. C.-Ztg.)

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 15. April 1890 5837 (223 mehr als in der Vorwoche), darunter 234 Typhus- (13 mehr), 575 Syphilis- (14 mehr), 113 Scharlach- (8 mehr), 67 *Influenza-* (2 mehr), 57 Masern- (5 weniger), 13 Diphtherie- (1 mehr) und 8 Pockenkranke (3 mehr als in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 8. bis 14. April 1890.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
360	263	623	114	58	123	12	21	16	59	52	43	46	41	32	6	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exant. 0, Typh. abd. 7, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 17, Scharlach 30, Diphtherie 13, Croup 1, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 40, Erysipelas 8, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicämie 10, Tuberculose der Lungen 106, Tuberculose anderer Organe 10, Alcoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 41, Marasmus senilis 25, Krankheiten des Verdauungscanals 47, Todtgeborene 25.

☛ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 24. April 1890.

☛ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 14. Mai 1890.

See- und Sool-Bad Kolberg.

Eisenbahn-Saison-Billets. Frequenz 1889: 8089 Badegäste ohne Passanten. Einziger Curort der Welt, der gleichzeitig See- und natürliche 5 % Soolbäder bietet. Starker Wellenschlag, steinfreier Strand. Warme Seebäder, Moorbäder, Massage, Heilgymnastik. Zwölf tüchtige Aerzte. Waldungen und reizende Parkanlagen unmittelbar am Meere. Grosser schattiger Concertplatz mit geräumiger Strandhalle unmittelbar am Strandschloss. Hochgelegene Dünenpromenaden; weit ins Meer hinausführender Seesteg. 63 (4)

Hochdruck-Wasserleitung und Kanalisation. Vorzügliches Theater und Kapelle. Badewohnungen in grosser Zahl und Auswahl. Miethspreise solid. Strand-Hôtel mit ca. 70 Zimmern am Meere. Zahlreiche Vergnügungen. Lesehalle. Eröffnung der Seebäder 1. Juni, der Soolbäder einige Tage früher. Prospecte und Pläne übersendet bereitwillig Die Bade-Direction.





52 (4)



Kemmerich's Fleisch-Pepton.

Nach den von den Herren Professoren **Ludwig—Wien, Fresenius—Wiesbaden, König—Münster, Stutzer—Bonn** ausgeführten Analysen enthält das **Kemmerich'sche Fleisch-Pepton** ca. 18 % leicht lösliche Eiweissstoffe und ca. 39 % Pepton. **Kemmerich's Fleisch-Pepton** hat **angenehmen Geschmack und Geruch.** Dasselbe ist überall zu empfehlen, wo **Eiweisszufuhr** nöthig und wegen gestörter Verdauung in fester Form nicht möglich ist, besonders auch zur Ernährung durch Klystiere. — **Kemmerich's Pepton ist käuflich in allen Apotheken und Droguenhandlungen.**

En gros-Niederlage für ganz Russland bei der **Südrussischen Pharmaceutischen Handels-Gesellschaft in Kiew.** 8 (42)

Oberbrunnen

Heilbewährt seit 1601. Besonders wirksam bei Erkrankungen der Athmungsorgane und des Magens, bei Skrophulose, Nieren- und Blasenleiden, Gicht, Hämorrhoidalbeschwerden und Diabetes.

Versand der Fürstlichen Mineralwässer von Ober-Salzbrunn

Furbach & Strieboll.

Niederlagen in allen Apotheken und Mineralwasserhandlungen.

Kurort-Salzbrunn-Schlesien.

Kursaison vom 1. Mai bis Ende September

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben erschien: 69 (1)

Grundriss der klinischen Diagnostik

von Dr. **G. Klemperer,**

Privatdocent an der Universität, Assistent der I. med. Klinik.

1890. 8. Mit 56 Abbildungen. geb. 4 M.

Königl. Bad Oeynhausen.

Station der Linien **Berlin-Köln** und **Löhne-Vienenburg.** Schnellzüge vom **1. Mai** ab. **Badezeit** vom **15. Mai** bis **1. October. Thermalbäder** vom **1. Mai** bis **Ende October.** Naturwarme, kohlensaure Thermalbäder; kohlensäure-freie Soolbäder aus brom-, jod- und lithiumhaltigen kräftigen Soolquellen; Sool-Inhalatorium; Douchen; Wellenbäder, Gradirluft, Massiren, Elektrisiren, orthopädisch-gymnastisches Institut. Bewährt gegen Erkrankungen der Nerven, des Gehirns und des Rückenmarks, gegen Muskel- und Gelenkrheumatismus, Herzkrankheiten, Scrofulose, Anämie, chronische Gelenkentzündungen, Frauenkrankheiten u. s. w. Bade- und sonstige Einrichtungen ersten Ranges. Grosse Curcapelle (35 Mitglieder). Officielles Wohnungs-Nachweisungsbureau im Curgarten. Prospecte gratis. 33

Königliche Bade-Verwaltung.

Station der Nassauischen Eisenbahn, Post, Telegraph.

Soden am Taunus.

Eisenbahnfahrt: 1/2 St. v. Frankfurt a. M. 1 St. v. Mainz. 1 1/2 St. von Wiesbaden.

Saison April bis October.

Herrliche Lage am Fusse des Taunus, gleichmässiges, gelinde tonisirendes Klima, 24 eisenhaltige Kochsalzquellen, sehr verschieden in Temperatur, Kohlensäure- und Kochsalz-Gehalt. Trink- und Badecuren, vorzüglich wirksam gegen chronische und verschleppte acute Katarrhe der Respirations-Schleimhaut, chronische Katarrhe der Digestionsschleimhaut, habituelle Verstopfung, Leberhyperämie, Gebärmutteranschoppung, Menstruationsbeschwerden, Schwächezustände des Kindes- und Greisen-Alters, erethische Scrophulose mit Neigung zu Katarrhen und Entzündungen, gewisse Fälle von Blutarmuth, erschwerte Reconvalescenz u. s. w. Neue prachtvolle Trinkhalle, neu hergerichtetes Badehaus für einfache und kohlensaure Soolbäder, Süsswasserbäder, Douchen und Inhalatorium nach den neuesten technischen Grundsätzen. — Curhaus, Eigenthum der Stadt, comfortabel eingerichtet, von Grund auf renovirt. — Milchcuranstalt (Trockenfütterung). Molken. Versandt aller Quellen durch die städtische Brunnenverwaltung (Ph. Herm. Fay & Co.). Sodener Wasser mit frischer Füllung in jeder Mineralwasserhandlung und Apotheke zu haben.

Die städtische Cur- und Badeverwaltung.

70 (3)

Curort BADEN bei Wien.

Erdig-salinische Schwefelquelle (13 Thermen von 25—36 Grad Celsius.)

Bädergebrauch während des ganzen Jahres. — Terrain-Curen. — Eröffnung der Sommer-Saison am 1. Mai.

Frequenz im Vorjahre 15,603 Personen. Die Bäder dieser in reizender Landschaft liegenden Thermen-Stadt sind mit allem Comfort auf das Eleganteste und Zweckmässigste ausgestattet.

Dem Publikum werden durch das **neue Curhaus** mit seinen grossen, prachtvollen **Concert-, Lese-, Conversations-, Restaurations- u. Spielsälen,** der neuen **Trinkhalle,** vorzüglichem **Sommer-Theater,** sowie den prachtvollen Garten-Anlagen und sonstigen Einrichtungen alle Annehmlichkeiten, Bequemlichkeiten und Vergnügungen eines **Welt-Curortes** geboten. — Baden ist auch mit dem besten Trinkwasser aus der **Wiener Hochquellenleitung** versehen. — Auskünfte und Prospecte auf Verlangen gratis durch die

66 (6) **Cur-Commission.**

Hierzu als Beilage ein Prospect betr. **Cur- und Wasserheil-Anstalt Bad Suderode a. Harz.**

XV. Jahrgang. **St. Petersburger** Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,

St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 17 St. Petersburg, 28. April (10. Mai) **1890**

Zweiter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der zweite Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte findet in Wenden statt und währt vom 27. bis 29. August d. Jahres. Vorträge, deren Dauer statutenmässig auf 15 Min. angesetzt ist, bitte ich unter genauer Angabe des Themas und kurzer Wiedergabe des Inhaltes baldmöglichst, spätestens aber bis zum 1. Juli c. bei mir anzumelden.

Fellin, den 20. April 1890.

Im Namen der Gesellschaft livländischer Aerzte
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Fellin.

Ueber Hydrotherapie.

(Vortrag, gehalten in Pernau in einer Gesellschaft von Aerzten).
Von
Dr. Behse,
älterem Kreisarzte des Pernau'schen Kreises.

M. H.! Die Hydrotherapie begegnet nicht nur bei den Laien, sondern auch bei den Aerzten noch immer einer sehr verschiedenen Werthschätzung. Während ein kleiner Theil des Publicums für Wassercuren fanatisirt ist, sieht man bei einem anderen eine lächerliche Scheu vor derselben und während eine Minorität der Aerzte das Wasser als Heilmittel bevorzugt, einzelne vielleicht sogar bis zur Einseitigkeit, kümmert sich die Majorität unserer Herren Collegen sehr wenig um Hydrotherapie.

Aber meine Herren, wenn wir uns in's Gedächtniss rufen, welche verschiedenartigen Einwirkungen auf den Körper möglich sind durch hydrotherapeutische Maassnahmen, wenn wir bedenken, wie wir es mit dieser Therapie in der Hand haben sehr wirksame Schonungs- und Uebungsmethoden für fast alle Organe in Scene zu setzen, so werden wir auch über Fanatiker des Wassers nicht den Stab brechen.

Die Hydrotherapie ist jedoch keine so einfache Sache; um Erspriessliches zu leisten, muss man theoretisch und praktisch mit derselben wohl vertraut sein und da habe ich mir denn heute zur Aufgabe gestellt, Ihnen in kurzen Zügen ein Bild davon vorzuführen, was die Hydrotherapie leisten kann. Die neue Badeanstalt an unserem Strande macht es uns hiesigen Aerzten zur Pflicht, mit dieser Therapie vertraut zu werden.

1. Zuerst wollen wir kurz resümiren, welche Wirkungen das Wasser auf den menschlichen Organismus ausüben kann und daran werde ich schliessen

2. eine Uebersicht der schonenden und übenden Heilmethoden für die einzelnen Organe, die sich aus der Wirkung des Wassers abstrahiren lassen, oder empirisch festgestellt sind;

3. erlauben Sie mir vielleicht das Wichtigste aus der Balneotechnik kurz zu besprechen, so weit sie in unserer Badeanstalt zur Verordnung kommen wird.

I.

Die Wirkung des zu Heilzwecken angewandten Wassers setzt sich zusammen aus *thermischen, mechanischen und chemischen Wirkungen.*

Betrachten wir zunächst die *thermischen Einflüsse,* die das Wasser als Träger einer willkürlich zu bestimmenden Temperatur ausüben kann.

In erster Linie wirken Wärme und Kälte als Nervenreiz. Das ergiebt sich schon aus dem zuweilen momentanen Erfolge hydrotherapeutischer Maassnahmen; durch Anspritzen mit kaltem Wasser werden z. B. nicht selten Ohnmächtige sofort wieder zum Bewusstsein gebracht, und zwar lässt sich durch den thermischen Reiz die Innervation sowohl erhöhen, als herabsetzen; ja durch Ueberreizung kann sogar vorübergehende oder dauernde Lähmung und Tod bewirkt werden. Manche Fälle, wo Leute, die in kaltes Wasser fallen, plötzlich sterben, lassen sich nicht anders, als durch Ueberreiz (Choc) erklären.

Der thermische Reiz wirkt auf die sensiblen Nervenfasern an der Applicationsstelle, wird von hier, lawinenartig anschwellend, zum Centralorgan geleitet, kann hier verschiedene Wirkungen entfalten, z. B. excitocalorische Centra reizen oder beruhigen, Reflexe hemmen und auf centrifugale, animale oder vegetative Fasern übertragen werden. Der Effect hängt wesentlich ab:

1) von der Reizgrösse; je weiter sich die Temperatur des angewandten Wassers von der des Körpers entfernt, sei es nach der einen oder anderen Seite, desto grösser ist der Reiz. Ein im Verhältniss zur Reizbarkeit nicht zu starker Reiz erhöht die Innervation, ein zu starker Reiz setzt sie herab. Tauchen wir die Finger in nicht gar zu kaltes oder warmes Wasser, so wird die Sensibilität erhöht. Zirkelspitzen, die vorher einen einheitlichen Eindruck machten, werden getrennt empfunden. Sehr kaltes Wasser, Eisumschläge setzen die Sensibilität herab, was wohl schon jeder an sich erfahren hat;

2) kommt es auf die Dauer des Reizes an; dieselbe Intensität desselben, die, flüchtig angewandt, die Innervation erhöht, kann bei längerer Dauer Depressionserscheinungen zur Folge haben. Wenn man die Hand für etwas längere Zeit auch nur in mässig kaltes Wasser taucht, so vermindert sich die Sensibilität;

3) ist die Art des Reizangriffes von Bedeutung. Durch Einschleichen können auch starke Reize eine verhältnissmässig schwache Wirkung ausüben und ebenso kann ein nicht sehr bedeutender Reiz durch plötzliches Einbrechen eine bedeutende Wirkung entfalten. Tauchen wir z. B. die Hand in warmes Wasser und erhöhen wir allmälig die Temperatur desselben, so können wir Hitzegrade leicht ertragen, die bei plötzlicher Einwirkung Schmerz erzeugt hätten;

4) kommt es auf die Reizempfänglichkeit vor dem Angriffe an; ein thermischer Reiz, der für die Hand einer Köchin ein ganz geringer sein kann, macht den gepflegten Händen der Weltdame Schmerz. Als Nutzanwendung ergiebt sich daraus für die Hydrotherapie die Nothwendigkeit des sorgfältigen Individualisirens. Durch Contrastwirkungen können wir die Reizbarkeit erhöhen.

Wie der thermische Reiz zu Stande kommt, ob durch den thermo-elektrischen Contactstrom oder durch mechanische Veränderung der Nerven-Molecüle, das können wir hier übergehen. Von grosser praktischer Wichtigkeit ist aber

5) dass es zwischen Kälte und Wärme eine indifferente Temperatur giebt, die nicht nur keinen Reiz auf die Hautnerven ausübt, sondern exquisit nervenberuhigend wirkt, besonders bei Application auf einen grossen Theil der Körperoberfläche. Der Grund dieser Beruhigung ist wahrscheinlich darin zu suchen, dass durch das laue Bad thermische und mechanische Reize, die ja immer von der Hautoberfläche wirken, durch die gleichmässige warme Umhüllung aufgehoben werden. Vielleicht auch, dass die Quellung der Tastkörperchen und Endkolben zur Beruhigung mitwirkt und die Entlastung der Haut von dem Druck der Schwere des Körpers, die im Bade gegeben ist. Diese indifferente Temperatur liegt für einfache Wasserbäder zwischen 34—36° C., je nach der Individualität des Badenden.

Sehen wir nun zu, auf welche organischen Functionen wir durch thermische Reize verändernd einwirken können und berücksichtigen wir zunächst die Haut selbst, auf welche diese Reize direct wirken.

Bei der Einwirkung niedriger Temperaturen beobachten wir ausser dem blitzschnell entstehenden mehr oder weniger lebhaften Kältegefühl ein Erblassen der Haut durch Reizung der gefässverengernden Nerven und auch wohl durch directen Reiz der glatten Muskelfasern der Gefässe; das Blut wird verdrängt, die Haut collabirt; dann aber kommt die sogenannte Reaction zu Stande; durch Ueberreiz der Vasoconstrictoren oder durch Reizung der Vasodilatatoren erweitern sich die Hautgefässe wieder; es entsteht ein starker Zufluss von warmem Blut zur Haut; sie färbt sich rosig und trotz Fortdauer des Kältereizes fühlt man sich behaglich, weil die Nervenendigungen von warmem Blute reichlich umspült werden. Dauert die Einwirkung des kalten Wassers aber weiter an, so kommt eine Zeit, wo sich die kleinen Arterien der Haut wieder zusammenziehen, während eine venöse Blutüberfüllung bestehen bleibt, die sich durch bläuliche Färbung der Haut kund giebt. — Der Badende wird blau vor Frost, Zittern und Unbehaglichkeit stellt sich ein. Die venöse Hyperämie erklärt sich durch die wegen der Contraction der Arterien mangelhafte vis a tergo. Aehnlich wirken heisse Bäder; auf eine flüchtige Gefässcontraction folgt Congestion der Haut und endlich durch Verlust des Gefässtonus passive Hyperämie. Zu keiner passiven Blutüberfüllung, wenigstens nicht an Körperstellen, die dem Centrum der Circulation, dem Herzen, nahe liegen, kommt es, wenn wir, wie bei den Priessnitz'schen Umschlägen oder Einpackungen nach flüchtigem Kältereiz die Applicationsstelle bis zur Blutwärme erwärmen. Die Saugkraft der Respiration erhält lebhafte Circulation in den erweiterten Gefässen. An den Extremitäten aber, besonders an den Beinen, wird bei Anwendung der compresses echauffantes immer eine Zeit eintreten, wo die Circulation durch Erschlaffung der Gefässwände verlangsamt wird. Dann ist es nothwendig die Umschläge häufiger wechseln und immer wieder kalt auflegen zu lassen, denn wir wollen ja durch die Compressen die Circulation befördern.

Doch nicht nur auf die oberflächlichen Hautgefässe allein wirkt der thermische Reiz, *er kann auch bei intensiverer Einwirkung die tiefer gelegenen Arterien treffen,* vielleicht durch Vermittelung peripherischer Ganglien, vielleicht durch Reflex. Die Wirkung auf tiefer gelegene Adern ist keine so intensive; es erfolgt eine nur mässige Contraction; dafür hält dieselbe aber längere Zeit an; es kommt nicht zur Dilatation und so scheint es, kann man die Blutungen auch in tiefer gelegenen Organen für längere Zeit vermindern. *In peripherisch von der Applicationsstelle der Kälte gelegenen Körpertheilen* nimmt die Blutmenge auch ab, was Winternitz mit dem Volumometer nachgewiesen hat. In *centralwärts von der Applicationsstelle gelegenen Körpertheilen* findet das Umgekehrte statt; es entsteht eine collaterale Fluxion. Wärme wirkt gerade entgegengesetzt. Brachte Winternitz den Arm in einen Blechkasten, der ihn am Oberarm wasserdicht umschloss und sich nach oben in eine Röhre fortsetzte, von der aus er mit Wasser vollständig gefüllt werden konnte, so bemerkte er, dass das Wasser in der Röhre sank, wenn er Kälte auf den Oberarm applicirte, und stieg, sobald warme Breiumschläge hier angewandt wurden. Wandte er bei demselben Experiment Kälte auf die untere Körperhälfte an, so stieg durch collateralen Blutzufluss zum Arm das Volumen desselben und die Wassersäule in der Röhre stieg; bei warmen Bädern der unteren Körperhälfte sank sie.

Sie sehen also, meine Herren, wie wir durch thermische Reize den localen Blutdruck und die Blutvertheilung, selbst bis in die Tiefe der Organe hinein, mächtig beeinflussen können.

Auf das Herz wirkt die Kälte so, dass auf jede Application derselben die Pulsfrequenz gewöhnlich anfangs steigt; bald folgt aber eine Verlangsamung. Hitze wirkt Puls beschleunigend. Doch nicht nur auf die Frequenz des Pulses, auch auf die Stärke der Herzcontractionen können wir theils vielleicht durch directen Reflex, theils durch Erhöhung oder Herabsetzung der Widerstände im Gefässsystem, denen sich ja die Herzkraft adaptiren muss, einen Einfluss ausüben, wenn auch nicht auf lange Zeit; denn wenn wir z. B. die Widerstände durch Kälteapplication auf die Haut in derselben erhöhen, kommt ja bald eine Compensation durch Erweiterung tiefer gelegener Arterien zu Stande.

Die Beobachtung *der Respiration* bei Kälteapplication lehrt, dass auf eine tiefe Inspiration eine Pause folgt; die Kälte benimmt den Athem. Dann folgen gewöhnlich raschere, tiefere Respirationsbewegungen; doch geschieht es nicht immer; zuweilen bleibt die Frequenz unverändert oder wird sogar geringer; doch ist die Respirationsgrösse immer vermehrt. Unter Umständen kann die Blutbewegung im kleinen Kreislauf dadurch befördert werden, z. B. bei somnolenten Kranken, die oberflächlich und schwach athmen.

Ferner haben wir die Macht auf die *Körperwärme* mit unserer Therapie einen Einfluss zu gewinnen. Die Fähigkeit des thierischen Organismus trotz wechselnder äusserer Einflüsse seine Eigenwärme zu bewahren, ist nämlich, für den Menschen wenigstens, an nicht sehr weite Grenzen gebunden. Durch thermische Einwirkungen gelingt es dieselbe sowohl zu erhöhen als herabzusetzen; doch ist hier einiges zu bemerken: Kühlen wir die Haut im kalten Bade, so wird, wie schon ausgeführt worden ist, das Blut aus der Haut verdrängt und strömt nach Winternitz mit verstärkter Kraft zu den oberflächlichen Muskeln und bewirkt dort einen vermehrten Stoffwechsel, der Wärme producirt. Da-

durch werden die inneren Organe vor Abkühlung geschützt und so sehen wir bei nicht zu langer Dauer des Bades keine Herabsetzung, sondern oft, trotz der bedeutend vermehrten Wärmeabgabe, eine Steigerung der Körperwärme. Wirkt die Kälte aber gehörig lange und intensiv ein, so dringt sie auch bis in die Muskeln und der vorher erhöhte Stoffwechsel in denselben wird verlangsamt und wenn durch das Bad ein grosser Theil der Körperoberfläche, mindestens ein Viertheil derselben in Angriff genommen worden war, so sinkt die Körpertemperatur. Bei den dahin gehörigen Proceduren: kalten, oft gewechselten Einpackungen in nasse Laken, kalten Halb- und Vollbädern ist jedoch darauf zu achten, dass die Hautgefässe sich nicht dauernd contrahiren, dass eine gute Reaction zu Stande kommt und gehörig lange erhalten bleibt; denn sonst kann es passiren, auch bei sehr kalten Bädern, dass die blutleere Haut weniger Wärme abgiebt, als der durch den Kältereiz vermehrte Stoffwechsel producirt. Wenn also die Hautreaction im Bade nicht von selbst zu Stande kommt, so müssen wir durch Frictionen bewirken, dass sie eintritt und gehörig lange erhalten bleibt. Aus den gefüllt bleibenden Hautgefässen wird dann immer weiter viel Wärme abgegeben werden, die Abkühlung dringt bald auch in die Muskeln und der Effect ist ein bedeutender.

Erhitzen können wir den Körper durch Behinderung der Wärmeabgabe und durch Wärmezufuhr. Ueber 37° C. warme Bäder, trockene Einpackungen, Dampfbäder und irisch-römische Bäder werden der Indication sicher genügen.

Der Einfluss der Hydrotherapie auf den *Stoffwechsel* ist schon wiederholt berührt worden. Niedrige Temperaturen, Wärme entziehende Bäder bewirken eine Beschleunigung der Oxydationsvorgänge, vornehmlich in den Muskeln und besonders werden die stickstofflosen Substanzen verbrannt. Die Kohlensäureproduction und Sauerstoffaufnahme wurde als vermehrt nachgewiesen, während die stickstoffhaltigen Auswurfsproducte nicht deutlich vermehrt waren. Der Einfluss der Kälte gleicht also dem der Körperbewegung und zwar wirkt die Kälte um so mehr, mit je stärkerem Nervenreiz sie verbunden ist. Wir werden also, wenn wir den Stoffwechsel beschleunigen wollen, keine zu lang dauernden und keine zu kalten Bäder anwenden und die Haut nicht frottiren; denn sonst, wie wir gesehen haben, dringt die Kälte auch in die Muskeln und der Stoffumsatz wird herabgesetzt. Durch Kälteapplicationen ohne Temperaturherabsetzung wird also der Stoffwechsel beschleunigt, mit Herabsetzung der Körperwärme aber verlangsamt. Mässige Wärme hat eine Verminderung des Stoffwechsels zur Folge. Bei Erhitzung des Blutes und der Gewebe wird der Stoffwechsel aber wieder gesteigert, wobei jedoch, zum Unterschiede von der Steigerung des Stoffwechsels durch Kälte, neben den stickstofflosen auch stickstoffhaltige Substanzen in erhöhtem Grade verbraucht werden. Die Erhöhung des Stoffwechsels durch Hitze gleicht also dem fieberhaft erhöhten Stoffwechsel und ist für Gesunde als schädlich zu erachten.

Dass wir durch thermische Reize auch auf die *Secretionen* einen Einfluss ausüben können, ergiebt sich aus dem Gesagten eigentlich von selbst; denn von Blutfülle, Blutdruck, Stoffwechsel und Temperatur hängen dieselben ja wesentlich ab. Im Bade wird die Hautperspiration, d. h. die Wasserabgabe aufgehoben, nach dem Bade gesteigert. Wir sind im Stande die Kohlensäureabgabe durch Lungen und Haut zu steigern, die Sauerstoffaufnahme zu vermehren; Schweiss können wir erzeugen. Der Urin ist nach Bädern, sowohl kalten, als warmen, zuerst vermehrt, von geringerem specifischen Gewicht. Heisse Bäder steigern die Harnstoffausscheidung und die Concentration des Harnes. Schwitzbäder vermindern die Urinmenge, machen ihn concentrirt, durch Eindickung des Blutes kann starker Schweiss die Resorption befördern.

Wir kommen jetzt zu den *mechanischen Wirkungen*. Sie bestehen in dem Druck, dem Fall, Stoss, kurz der Bewegung des Wassers. Hier ist auch der Ort der Massage zu gedenken, die mit der Hydrotherapie innig verknüpft ist.

Der *Druck* des Wassers ist nicht unbedeutend, im Vollbade kommen 500—600 Kgrm. zum Athmosphärendruck hinzu, er wird aber nicht sehr bedeutend empfunden. Doch ist das Athmen etwas erschwert, die Muskelbewegung desgleichen; was man bei Fluss- und Seebädern an sich leicht beobachten kann. Den Einfluss des Druckes auf die Circulation bemerkt man an der Beschleunigung und grösseren Energie der Herzcontractionen, die sich dem erhöhten Blutdruck anpassen müssen. *Die Bewegung des Wassers, Stoss, Fall, Reibung* u. s. w. beeinflussen die Innervation, die Circulation und die Ernährungsvorgänge ähnlich wie der thermische Reiz. Durch Reiben der Haut kann man die Innervation erhöhen und herabsetzen, anästhetische Hautstellen bekommen nicht selten durch Massage mehr Gefühl, die Tastempfindung kann verschärft werden; es können aber auch Schmerzen gelindert werden. In den oberflächlichen Gefässen bewirken mechanische Reize auch eine Contraction, auf welche als Reaction eine Erweiterung folgt. Doch brauchen die thermischen und mechanischen Reize, wenn sie combinirt angewandt werden, nicht gleichzeitig in derselben Weise zu wirken. Bei Gelegenheit der Herabsetzung der Körperwärme erwähnten wir schon, dass man durch mechanische Reize der Contraction der Hautgefässe vorbeugen, die Reaction in der Haut befördern und unterhalten kann. Bei der Douche vereinigt man die mechanischen Wirkungen von Stoss und Fall mit thermischen Einflüssen, die durch das plötzliche Einbrechen des Reizes in ihrer Wirkung noch erhöht werden. Lässt man, wie bei der schottischen Douche, bald warmes, bald kaltes Wasser einwirken, so wird der Effect noch verstärkt durch den Contrast. Bei der Wirkung des Seebades oder künstlicher Wellenbäder finden sich auch thermische mit mechanischen Reizen combinirt. Durch die Massage kann die Blutcirculation in den Capillaren und Venen und die Saft- und Lymphbewegung mächtig befördert und so die Resorption krankhafter Ausschwitzungen sehr wesentlich beeinflusst werden.

In Bezug auf die chemischen Wirkungen, die von in Wasser gelösten oder suspendirten Stoffen hervorgerufen werden sollen, müssen wir vor allem constatiren, dass die gesunde menschliche Haut für in Wasser gelöste Substanzen nicht gasförmiger Natur undurchdringlich oder wenigstens nahezu undurchdringlich ist, und dass die Balneotherapie aus der Resorbirbarkeit von Gasen, wie mir scheint, keinen Vortheil zieht. Auch ist nicht festgestellt, dass in Bädern gelöste, mineralische oder vegetabilische Substanzen durch Reizung der Nerven etwa die Wirkung der Bäder wesentlich modificiren. L e i c h t e n s t e r n konnte bei 5% Salzbädern keine anderen Wirkungen auf Wärmeproduction, Wärmeabgabe und Körperwärme constatiren, als wie sie einfachen Bädern derselben Temperatur zukommen, und auf Eiweissumsatz und Harnstoffausscheidung schienen sie auch nicht anders zu wirken als gewöhnliche Bäder. Allein ich glaube nicht, dass es gerechtfertigt wäre, wollten wir auf diese Untersuchungen hin die Anwendung von Salzbädern verwerfen. Trotzdem ist die Möglichkeit vorhanden, dass das Kochsalz und ebenso die Kohlensäure und die anderen hier in Frage kommenden Stoffe einen sowohl in quantitativer, als qualitativer Hinsicht verschiedenen Reiz auf die Nerven ausüben und durch Vermittelung des Nervensystems auf die intimeren Stoffwechselvorgänge einen vielleicht wesentlichen Einfluss gewinnen. In welch' innigem, fast wunderbar zu nennendem Zusammenhang das Hautorgan mit den Centralorganen des Nervensystems steht und wie mächtig und verschiedenartig das Gehirn durch scheinbar gleichgültige Einwirkungen auf die Haut beeinflusst werden kann, haben die Metallotherapie und der Hypnotismus gezeigt. Wenn wir durch leises Streichen der Haut einen Menschen zu einem willenlosen Automaten machen können, wenn das Auflegen bestimmter Metalle gewisse Formen von Hautanästhesie zum Verschwinden bringen kann, so wird sich



die Möglichkeit nicht leugnen lassen, dass chemisch verschieden beschaffene Bäder möglicherweise auch einen qualitativ verschiedenen Nervenreiz auszuüben vermögen. Hier müssen wir uns für's Erste nur von der klinischen Erfahrung leiten lassen, die ja in der Medicin so oft dem besseren Verständniss der Arzneiwirkungen weit vorausgeeilt ist.

Dass die klinische Beurtheilung der einzelnen Heilpotenzen bei Badecuren etwas Schwieriges ist, wer möchte das leugnen, da dabei so vieles concurrirt. Wenn wir z. B. bei dem Gebrauche von Salzbädern viele Fälle von torpider Scrophulose sich bessern sehen, so werden wir das natürlich nicht ohne weiteres dem Salzgehalt der Bäder zuschreiben. Wenn aber viele gute Beobachter darin übereinstimmen, dass bei sonst gleichen Bedingungen Salzbäder besonders förderlich sind zur Behandlung solcher Patienten, wenn die häufige Beobachtung vorliegt, dass neurasthenische Rheumatiker, nervöse Damen mit chronischer Para- und Perimetritis, die heisse gewöhnliche Bäder nicht vertragen, durch Moorbäder auffallend gebessert werden, so ist man, glaube ich, nicht berechtigt solche Erfahrungen zu ignoriren, sondern man wird im Gegentheil sich bemühen müssen durch fortgesetzte genaue Beobachtung die Zuverlässigkeit solcher Thatsachen zu prüfen und ihren Ursachen nachzuforschen, auch wenn es Leichtenstern nicht gelungen ist bei seinen Experimenten Unterschiede in der Wirkung gewöhnlicher und Salzbäder festzustellen; besonders da andere Beobachter zu anderen Resultaten gekommen sind. So fanden Röhrich und Zuntz, dass die Kohlensäureproduction und die Sauerstoffaufnahme bei Kaninchen durch Salzbäder bedeutend mehr gefördert wurde als durch gewöhnliche Bäder derselben Temperatur. Ferner scheint man darin ziemlich einstimmig zu sein, dass Salzbäder eine stärkere, länger andauernde Hautröthe hervorrufen als gewöhnliche Bäder, oder mit anderen Worten, dass sie eine stärkere und andauernde Reaction erzeugen, was ja schon an und für sich von nicht zu unterschätzendem Werthe sein kann. Es lässt sich daraus erklären, dass kühle Bäder mit Salz von manchen Patienten vertragen werden, bei denen gewöhnliche Bäder derselben Temperatur wegen des zu starken Nervenreizes nicht gebraucht werden können. Der stärkere Blutzufluss zur Haut, der doch wohl durch den Reiz des Salzes bedingt ist, schützt die Nervenenden vor der zu starken Einwirkung der Kälte und ermöglicht es auch solchen Kranken von dem günstigen Einfluss kühler Bäder auf den Stoffwechsel Vortheil zu ziehen.

Von den *kohlensäurereichen Bädern* gilt das oben über die Salzbäder bemerkte vielleicht in noch höherem Grade; ihre in Bezug auf den Kältereiz indifferente Temperatur liegt etwa 2° C. unter der Temperatur gewöhnlicher Bäder. Die Reaction in der Haut tritt sehr prompt ein, dauert lange an und daher sind kohlensäurehaltige Bäder oft anwendbar wo gewöhnliche kühle Bäder nicht vertragen werden, keine genügende Reaction hervorbringen, z. B. bei Herzkranken, die an Blutüberfüllung der inneren Organe leiden. Zum Theil aber mögen kohlensäurehaltige Bäder auch deswegen kühler genommen werden können als gewöhnliche, weil die vielen Gasbläschen, die sich an die Haut anlegen, derselben einen gewissen Schutz gegen das kühle Wasser gewähren.

Von den *Moorbädern* lässt sich im Gegensatz zu den oben besprochenen Badeformen sagen, dass sie wärmer genommen werden können, als gewöhnliche Bäder, ohne das Nervensystem so stark zu erregen wie letztere. Kisch erklärt dieses, wie es scheint, ziemlich allgemein anerkannte Factum durch den Hinweis auf die geringere Wärmecapacität der Moorbäder, was aber, wie mir deucht, sie nur reizender machen könnte, da ja Stoffe von geringerer Wärmecapacität ihre Wärme auch leichter abgeben. Braun vergleicht die Moorbäder mit Thermalbädern in hoher Lage und sucht ihren geringeren Reiz darauf zurückzuführen, dass die Haut nicht an allen Stellen gleichmässig erwärmt wird, wodurch ja wohl die Wirkung eines Bades modificirt werden könnte. Mir scheint es aber, dass dadurch nur stärker gereizt werden dürfte, wegen der fortwährenden Contraste. Sollte nicht, beiläufig bemerkt, die weniger excitirende Wirkung der Moorbäder sich so erklären, dass wegen der geringeren Wärmecapacität die einzelnen Theilchen des Moorbades, die mit der Haut in Berührung kommen, ihre Wärme rascher an die Haut abgeben, als Wassertheilchen, dass aber wegen der Dickflüssigkeit der Moorbäder und der in Folge dessen mangelhaften Strömung die Zuleitung von Wärme zur Haut sehr bald eine viel geringere wird als im Wasserbade, wo ja die Strömung fortwährend neue Wassertheilchen mit derselben Hautstelle in Berührung bringt. Jedes Wassertheilchen wird in Bädern, die eine höhere Temperatur haben als der Badende, bei Berührung mit der Haut einen Theil seiner Wärme abgeben, dadurch schwerer werden, sinken und neuen, heisseren Wassertheilchen an derselben Hautstelle Platz machen; während diese Strömung in dem dickflüssigen Moorbade eine ungeheuer viel langsamere sein muss. Der Badende sitzt im heissen Moorbade sehr bald quasi in einem Mantel kühleren, hautwarmen Moores, der freilich fortwährend, aber nicht an allen Stellen zugleich, gelüftet wird. Durch diese Erwägung würde sich die Erscheinung, dass anfangs das heisse Moorbad stark zu erhitzen scheint, sehr bald aber viel weniger erhitzend wirkt als gleich warme, gewöhnliche Bäder, ungezwungen erklären. Ob das Moor Eisen oder Schwefel enthält, ist wahrscheinlich gleichgültig; von der Wirkung von Schwefelwasserstoff ist auch bei den Schwefelmoorbädern nichts zu bemerken. Die excitirende Wirkung der Ameisensäure und Kohlensäure, die in Moorbädern enthalten sind, macht sich auch nicht fühlbar. Zu bemerken wäre vielleicht noch, dass bei der Dickflüssigkeit der Moorbäder durch die Bewegungen des Badenden eine Art von Massage der Haut zu Stande kommt.

Von *Schlammbädern*, wenn sie ebenso dickflüssig genommen würden wie Moorbäder, wäre wahrscheinlich dasselbe zu sagen, was von den Moorbädern gilt. Bäder, die so wenig Schlamm enthalten, dass sie vollkommen flüssig bleiben, werden sich wohl kaum von gewöhnlichen Bädern unterscheiden.

Fichtennadelbäder können möglicherweise durch ihren Terpenthingehalt den thermischen Reiz modificiren,

Kräuterbäder durch ihren Gehalt an ätherischen Oelen,

Ameisenbäder durch die Ameisensäure. Von allen diesen Stoffen wissen wir, dass sie die Haut reizen können, ob aber dieser Reiz etwas Besonderes an sich hat, was therapeutisch verwerthet werden kann, steht wohl noch dahin.

Schwefelbäder, die in Badeorten aus natürlichem Schwefelwasser bereitet werden, enthalten nicht soviel Schwefelleber, dass sie reizen könnten und nicht soviel Schwefelwasserstoff, dass eine Wirkung desselben zu bemerken wäre, die wohl auch nur ungünstig sein könnte. Bei künstlichen Schwefelbädern kommt es auf den Gehalt an Schwefelleber an; ist derselbe irgend bedeutend, so werden sie zu den reizenden Bädern gerechnet werden müssen. Ob der Nervenreiz durch Schwefelleber therapeutisch nützlich sein kann, weiss ich nicht. Ebenso wenig ist nachgewiesen oder auch nur wahrscheinlich, dass *Eisenbäder* eine besondere Wirkung haben.

Zusätze von *Kleie-, Malz- und Amylonabkochung* hat man zu indifferenten Bädern gemacht, um den Reiz des Badewassers soviel als möglich herabzusetzen und die Erfahrung scheint wohl dafür zu sprechen, dass solches durch diese Zusätze gelingt; wenigstens haben mir Psoriasiskranke, deren Haut durch Chrysarobin sehr gezeizt war, die stricte Angabe gemacht, dass ihnen Kleienbäder viel wohlthuender waren, als gewöhnliche Bäder derselben Temperatur.

Das *elektrische Bad* soll die mildeste Form der Galvanisation des ganzen Körpers darstellen. Ob aber dabei zu physiologischen Wirkungen genügend starke Stromschleifen den Körper treffen, ist wohl noch fraglich. (Schluss folgt.)



Zur Streitfrage über die Breus'sche Zange.

Von

M. Treymann.

Die polemisirende Art und Weise des Herrn Prof. Bidder zwingt mich zu einem kurzen Schlusswort.

Zunächst finde ich, dass in meiner von Prof. Bidder wiederholt incriminirten Bemerkung über die klinischen Lehrer und praktischen Aerzte, verglichen mit der von mir gegebenen Erklärung, weder ein Widerspruch, noch eine Illoyalität, noch auch ein Anlass zu irgend welcher Empfindlichkeit zu entdecken ist.

Ferner halte ich mich für berechtigt, meine Erfahrungen zu veröffentlichen und gegenüber scharfer Kritik meine in langjähriger Praxis erworbenen Urtheile zu begründen.

Prof. Bidder hat meinen kurzgefassten Vortrag: „Zur Anwendung der Breus'schen Zange" einer nach Inhalt und Form sehr polemisch gehaltenen Besprechung unterzogen.

Ich habe mich durch die Anführung detaillirter Thatsachen und durch Berufung auf geschätzte klinische Lehrer vertheidigt, wobei ich genöthigt war, zahlreiche von Prof. Bidder an mich gerichtete Fragen zu beantworten. Danach durfte ich erwarten, dass Prof. Bidder mir in gleicher Weise, mit seinen bezüglichen Erfahrungen antworten würde, d. h. *dass er die Zahl seiner Versuche mit der Breus'schen Beckeneingangszange am hochstehenden Kopf* angeben und die dabei beobachteten Mängel und Misserfolge am Verlauf der resp. Geburten erläutern würde.

Dies hätte zur Klärung der Frage beigetragen und wäre der Wissenschaft zu Gute gekommen, auch wenn etliche kriegerische Anführungs- oder Ausrufungszeichen mit untergelaufen wären.

Statt dessen wiederholt Prof. Bidder in dem Resumé der Differenzen zwischen ihm und mir (St. Pet. med. Woch. № 15) alle seine früheren Behauptungen, ohne sie durch specielle Thatsachen zu erhärten und erklärt zugleich, dass er auf eine Verständigung mit mir verzichte und dass er sich des ausführlichen Eingehens auf die Streitfrage enthoben fühle.

Ich muss zu dieser Erklärung bemerken: 1) dass die Motivirung dieses Verfahrens unklar ist und 2) dass es hier nicht auf den Ausgleich differenter subjectiver Anschauungen ankommt, sondern auf das wissenschaftliche Beweismaterial für eine Discussion, welche von Prof. Bidder in dieser Fachzeitung angeregt und mir aufgenöthigt wurde.

Prof. Bidder zieht es vor, meine Erwiderung zu bedauern. Wenn es ihm unangenehm ist, dass ich meinen Standpunct mit Thatsachen vertheidigt habe, so hätte er beim Angriff bedenken sollen, dass jeder College gleich ihm im Dienste der Wissenschaft steht. Was würde Prof. Bidder dazu sagen, wenn ich seine abfällige Kritik, welche er an meinem kurzen Vortrag übte, übergangen hätte, statt auf eine wichtige Sache mit einer eingehenden Arbeit zu antworten?

Weshalb Prof. Bidder die Verantwortlichkeit für den in seinem Gebärhause behandelten Fall № 5 ablehnt, ist mir unverständlich, zumal die Sachlage sich dadurch garnicht verändert. Es bleibt Fall № 3 übrig, wo der in der Beckenhöhle quer stehende Kopf doch wirklich gedreht wurde, das Kind todt war und die Mutter ebenso, wie in Fall № 5, eine Colpitis gangraenosa durchmachte.

Zuletzt muss auch ich, gegenüber der unerschütterten Ueberzeugungstreue des Herrn Prof. Bidder, nochmals den Cardinalpunct hervorheben. Die Perforation mit nachfolgender Extraction hätte nach meiner Erfahrung in mehreren meiner 30 Fälle ganz sicher in Frage kommen müssen. *Die Zangenoperation gelang eben bei dem gering erweiterten Muttermunde und dem hohen Kopfstande nur deshalb, weil ich die Breus'sche Zange in Anwendung zog.* Anderenfalls wären gewiss mehrere Kinder, mit und ohne Perforation, zu Grunde gegangen. Wie sich dabei das Geschick der sehr gefährdeten Mütter (z. B. in Fall № 4!) gestaltet hätte, überlasse ich dem Urtheil der aufmerksamen Leser meiner Krankengeschichten.

Referate.

v. Pettenkofer: Ueber Gasbeleuchtung und elektrische Beleuchtung vom hygienischen Standpuncte. (Münch. med. Woch. № 7/8.)

Obgleich es nur ein zusammenfassender Vortrag im Münchener ärztl. Verein ist, so scheint uns bei dem actuellen Interesse des Gegenstandes und bei der Bedeutung des Vortragenden doch ein ausführliches Referat am Platze zu sein.

Während die *Sehschärfe* bei Gaslicht niedriger ist (etwa um $^1/_{10}$) als bei Tageslicht, ist sie beim elektrischen Bogenlicht ganz normal; letzteres beeinflusst sogar den bei Gaslicht ebenfalls herabgesetzten *Farbensinn* günstig (er ist höher für alle Farbenqualitäten als bei Tageslicht), weshalb man es für alle Signalgebungen vorgeschlagen hat. — Das elektrische Glühlicht (von Edison resp. Swan) hat diese Vorzüge nicht mehr in diesem Grade und nähert sich darin also mehr dem Gaslicht. — Ueber den Einfluss der *Farbe des Lichtes* auf die Augen sind die Stimmen noch nicht einig. (Im Allgemeinen lässt sich wohl sagen, dass je weisser das Licht, um so besser für die Augen; das an gelben und rothen Strahlen reiche Gaslicht steht darin dem elektr. Bogenlicht entschieden nach, weniger dem Glühlicht. Ref.)

Betreffs der *Blendung* ist das Gaslicht im Vortheil, da die Lichtquelle weniger intensiv ist, von einer grösseren Fläche ausgeht, und dadurch das Auge weniger reizt. Durch matte Glasglocken kann man zwar diesen Nachtheil des elektr. Lichtes beseitigen, es geht dabei aber etwa 20 % der Helligkeit verloren, was bei Beleuchtung grosser Räume (Theater etc.) sehr zu berücksichtigen ist. Oder die Abblendung kann durch Schirme geschehen, wenn, wie in Schulen, Arbeitsräumen etc., die Concentrirung des Lichtes nach unten gleichzeitig wünschenswerth ist. Als so geschützte Lichtquelle kann das elektr. Licht, da es viel weniger Wärme producirt, den Arbeitenden viel näher gebracht werden als das Gaslicht, was ein wesentlicher Vortheil. Seggel und Veit haben im Ludwigs-Gymnasium zu München mit dem durch Schirme geschützten, niedrig angebrachten Glühlicht eine musterhafte Beleuchtung eingerichtet; von der letzten Bank wie vom Catheder ist keine Lichtquelle zu sehen und jeder Tisch bekommt dabei helles diffuses Licht.

Die von der Gasflamme gelieferte *strahlende Wärme* (gemessen am berussten Thermometer) ist doppelt so gross als die des Edisonbrenners (Glühlicht) von gleicher Helligkeit; die *absolute Wärme* aber noch unverhältnissmässig viel grösser. Ein Edisonbrenner von 17 Kerzen Helligkeit entwickelt in 1 Stunde 46 Kilo-Kalorien, d. h. er giebt soviel Wärme ab, dass man damit 46 Kilo Wasser um 1° C. erwärmen könnte; die gleich helle Gasflamme producirt in 1 Stunde 908 Kalorien, also 20 Mal mehr. (Praktisches Beispiel: Im Theater bei vollem Hause wurde bei Edisonbrennern schliesslich 22° C., bei Gaslicht schliesslich 28$^1/_2$° C. = 22,8° R. gemessen.) 17 Stearinkerzen gaben in 1 Stunde 1589 Kalorien, gleich helles Petroleumlicht 634 (also weniger als Gas und 7 Mal mehr als 1 Mensch, der in 1 Stunde 92 Kalorien abgiebt). Das elektrische Licht ist also darin allen Beleuchtungsarten bedeutend überlegen.

Noch mehr betreffs des Einflusses auf die *Beschaffenheit der Luft*, welche es absolut nicht verändert. Eine Gasflamme von 17 Kerzen verbraucht dagegen in 1 Stunde 214 Gramm Sauerstoff (1 Mensch = 38; 17 Stearinkerzen = 510) und giebt in derselben Zeit 150 Gramm Kohlensäure ab (1 Mensch = 44; 17 Stearinkerzen = 476; gleich helle Petroleumflamme = 289.) — Diesem Nachtheil der Gasflamme lässt sich aber wieder zum grossen Theil abhelfen durch Verstärkung der Ventilation und directe Abführung der Verbrennungsproducte (wie bei den sog. Sonnenbrennern.)

Der für Aerzte speciell wichtige Nachtheil des Gaslichtes, dass sich bei demselben das Chloroform in, die Respirationsschleimhaut stark reizende Producte (Salzsäure, Chlor) zersetzt, kann ebenfalls durch directe Abführung beseitigt werden.

Ferner bietet das Gas die *Gefahren der Explosion und der Vergiftung*. Erstere ist nicht so gross — ist meist nur vorhanden, wo viel Gas in einen kleinen Raum ausströmt; erst bei 5 % Gasgehalt der Luft erfolgen Explosionen (am stärksten bei 10—15 %), während schon 4 % einen ganz unerträglichen Geruch geben; bei 25 % erfolgt schon keine Explosion mehr, sondern ruhiges Abbrennen. Ein offener Gashahn, der pro Stunde 150 Liter, also in 10 Stunden 1$^1/_2$ Cbm. Gas in ein kleines Zimmer von 50 Cbm. ohne Luftwechsel ausströmt, würde in dieser Zeit die Luft nur auf 3 % Gas bringen, also noch keine Explosion verursachen. — Dagegen ist eine Luft mit 3 % Gasgehalt schon sehr giftig, indem in derselben gegen 0,3 % CO enthalten ist; Luft mit 0,1 % CO ist schon giftig, mit 0,4 % in $^1/_4$ Stunde tödtlich. Aber auch viel geringerer CO-gehalt der Luft wirkt auf die Dauer schädlich. — Die meisten Vergiftungen kommen durch Rohrbrüche der Gasleitung auf der Strasse vor und zwar fast nur im Winter, weil dann die geheizten Häuser stark aspirirend wirken (noch auf 54 Meter Entfernung beobachtet) und das durch die Erdschicht angesogene Gas geruchlos und damit schwer bemerkbar wird. — Diese Gefahr der Gasbeleuchtung wäre durch Reinigung des Gases von CO zu beseitigen, aber bisher vermag die Chemie das noch nicht. — Das neue, in Amerika verbreitete sog. Wassergas ist noch gefährlicher als das Steinkohlengas, da es 30 % CO enthält.

Gegenüber dem Gas bietet das elektrische Licht *Gefahren durch die Elektricität*; es sind Feuerschäden durch Leitungsunterbrechung und Todesfälle bei Arbeitern und Beamten durch den starken Strom vorgekommen und werden diese Unglücksfälle bei weiterer Ausbreitung der elektrischen Beleuchtung gewiss zunehmen.

Ein praktischer *Vortheil des Gases* vor dem elektr. Licht ist bisher die *billigere Herstellung*, die z. Th. darauf beruht, dass an der Herstellung des Gases den ganzen Tag über gearbeitet werden kann, indem man es im Gasometer ansammelt; die zur Herstellung des elektrischen Lichtes gebrauchte Dynamomaschine arbeitet dagegen fast nur während der Beleuchtungszeit, indem die Accumulatoren bisher blos 50 % Nutzeffect geben, und belästigt ausserdem durch ihren Lärm die Umgebung.

Nach dem Preise steht bisher das Petroleumlicht am niedrigsten; Gaslicht ist etwa 2 Mal, Edisonlicht 3 Mal, Rüböllicht 7 Mal und Stearinbeleuchtung sogar 27 Mal theurer.

P. hält es für höchst zweifelhaft, ob je Gaslicht und elektrisches Licht eines das andere im Kampfe verdrängen werden. Die Geschichte des Beleuchtungswesens lehrt uns, dass keine neue Be-



leuchtungsart die andere ganz zu verdrängen vermag; jede hat ihre Vorzüge und ausserdem nimmt das Lichtbedürfniss der Menschen mit der steigenden Lichtproduction stetig zu. Daher wird auch bisher trotz der schon vielfach verbreiteten elektrischen Beleuchtung nicht weniger Gas producirt als früher.

Schröder.

E. Finger: Das Bismuthum subbenzoicum in der Therapie des weichen Schankers. (Intern. klin. Rundschau № 1).

Verf. hat das Bismuthum subbenzoicum in 16 Fällen bei Ulcus molle mit bestem Erfolge gebraucht. In 12 Fällen war die Wirkung eclatant: ohne örtliche Reizerscheinungen, Verschorfung, entzündliches Oedem oder sonst eine unangenehme Consequenz, waren die Geschwüre am 3., spätestens am 4. Tage vollkommen gereinigt, so dass ein indifferenter Verband (2% Carbolvaselin) zur Heilung der reinen Wunde verordnet werden konnte. In den vier übrigen Fällen war der Erfolg ebenfalls befriedigend, nur trat die Reinigung später auf — im schlimmsten Fall am 10. Tage. Das zuerst von Smith empfohlene Präparat wird aus dem Bismuthum subnitricum durch Erhitzen mit Salpetersäure und Natrium benzoicum dargestellt. Der so gewonnene weisse Niederschlag von Bismuthum subbenzoicum wird auf dem Filter gesammelt, mit Wasser und Alcohol gewaschen und getrocknet. Es ist ein weisses, feines und weiches Pulver von leicht stechendem Geruch. Auf die gebadeten und gereinigten Geschwüre wurde es mittelst Haarpinsel in dünner Schicht applicirt, darüber trockene Wattebäusche und zur Fixation Heftpflasterstreifen; der Verbandwechsel erfolgte 1—2 Mal in 24 Stunden. Rasche Reinigung des Schankers, reactionslose Wirkung, Geruchlosigkeit machen das Präparat sehr empfehlenswerth, zumal in solchen Fällen, wo das bewährte Cuprum sulfuricum nicht indicirt erscheint.

Mobitz.

H. Haeckel: Die Phosphornekrose. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 39, pag. 555—641 und 681—721).

Verf. verwerthet die Erfahrungen der Jenenser chirurgischen Klinik über die Phosphornekrose und versucht es, wie er sagt, unter Berücksichtigung der gesammten einschlägigen Literatur, eine möglichst vollständige Darstellung dieser Krankheit zu geben. Das ist ihm, soweit wir es beurtheilen können, sehr gut gelungen und müssen wir Fachcollegen die Lectüre der Monographie empfehlen, da wir ein ausführliches Referat nicht bringen können. Die Resultate, welche in Jena erzielt worden, sind auffallend gute zu nennen und tritt daher Verf. warm für die dort geübte Frühresection ein. Bei ungestörtem Spontanverlauf sterben 45,6% nach qualvollem für sie und ihre Umgebung unerträglichem Leiden. Bei den Ueberlebenden berechnet sich die Dauer der Krankheit auf durchschnittlich 2 Jahre 9½ Monate am Unterkiefer, 1 Jahr 2 Monate am Oberkiefer. Die Differenz erklärt sich dadurch, dass bei letzterem die schweren Fälle mit grosser Ausdehnung der Nekrose tödtlich enden. Die Ausheilung erfolgt mit wenigen Ausnahmen unweigerlich mit Verlust des halben oder des ganzen Unterkiefers. Am Oberkiefer sind Heilungen mit partieller Nekrose etwas öfter beobachtet worden. Bei möglichst ausgedehnter Frühresection gestalteten sich die Verhältnisse in Jena folgendermaassen: Mortalität 14,3%, Heilung in 78,6%. Ausgang unbekannt bei 7,1%, Krankheitsdauer durchschnittlich 11½ Monate, functionelles Resultat nicht schlechter als bei den anderen Methoden. Sind am Unterkiefer deutliche Anzeichen beginnender Nekrose vorhanden, so soll man sich nicht aufhalten mit partiellen Resectionen am Alveolarfortsatze, sondern gleich aus der Continuität des Kiefers das Kranke reseciren. Sitzt die Nekrose im Bereiche der Schneide- oder Eckzähne, so entferne man das Mittelstück des Kiefers; betrifft sie die Gegend der Backenzähne, so exstirpire man gleich die ganze Kieferhälfte, sonst geht der Process weiter. Anders steht es, wenn die Nekrose schon eine solche Ausdehnung gewonnen hat, dass voraussichtlich der ganze Kiefer ihr verfallen wird. Dann kann man bei geringen Schmerzen, mässiger Eiterung und gutem Allgemeinbefinden warten bis die subosteophytäre Methode anwendbar ist, erspart aber durch Frühresection dem Kranken lange Zeit widerwärtigen Leidens ohne ihm zu schaden. Am besten entfernt man erst die eine, nach einigen Monaten die andere Hälfte des Kiefers.

Beim Oberkiefer resecire man auch, trotz öfterer Spontanheilung mit Ausstossung kleiner Sequester, sofort weit im Gesunden in Rücksicht auf die grössere Lebensgefahr, welche durch Uebergreifen auf die Schädelbasis und Meningitis bedingt wird.

Voss (Riga).

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 20. December 1889.

1) Dr. Ed. Schwarz stellt einen 21-jähr. lettischen Bauernburschen vor, welcher ca. ½ Jahr in ärztlicher Beobachtung steht. Bei jeder intendirten Bewegung ganz eigenthümliche, bizarre Muskelactionen. Sämmtliche Bewegungen, gröbere wie feinere, sind ausführbar, jedoch im hohen Grade behindert durch am ganzen Körper eintretende Muskelcontracturen. Es handelt sich um eine Art Coordinationsstörung, jedoch besitzt Pat. die Macht über sein Coordinationsvermögen, nur bedarf es ganz besonderer Anstrengung, um die beabsichtigten Bewegungen auszuführen. Beim Reden z. B. werden die fürchterlichsten Grimassen geschnitten, die Sprache erhält hierdurch ein eigenartiges Timbre, ist sehr schwer verständlich. Passive Bewegungen leicht ausführbar nach Ueberwindung der ersten Contractur. Sämmtliche Organe functioniren normal; bloss Sensibilitätsstörungen sind nachzuweisen und zwar Anästhesie des linken Fusses, ferner am Rücken eine genau begrenzte anästhetische Zone, symmetrisch parallel der Wirbelsäule, in Gestalt einer nach unten zu sich verjüngenden Ellipse. — Die Erkrankung soll ca. 2 Jahre bestehen. Pat. hat 2 Mal erhebliche Traumata erlitten, nach dem ersten Trauma Störung an den Händen, dann allmälige Verschlimmerung. In den letzten 6 Monaten gleichbleibender Status. — Organerkrankung des Centralnervensystems muss ausgeschlossen werden, ebenso der Gedanke an Simulation. Der Fall ist wohl unter „Hysterie" der französischen Autoren oder unter „traumatische Neurose" (Oppenheim) zu rubriciren. Vortr. hält beide Möglichkeiten offen, nachdem er den schlaffen, hysterische Züge verrathenden Charakter des Pat. hervorgehoben. (Der Fall wird demnächst in einer ausführlichen Arbeit beschrieben werden).

Dr. Holst hebt die ungemeine Seltenheit des vorliegenden Krankheitsfalles hervor. Ohne Zweifel handelt es sich um eine Neurose. Ob man dieselbe Hysterie oder traumatische Neurose nennt, ist irrelevant, beiden Bezeichnungen ist der gleiche Grundcharakter der Erkrankung, eine functionelle Störung des Nervensystems, gemeinsam. Auch prognostisch bieten beide Benennungen keinen so wesentlichen Unterschied, auch die Prognose der schweren Hysterie ist unter Umständen schlecht. Je intensiver der psychische Shok, desto schlimmer die Prognose.

Dr. Ed. Schwarz hegt die gleiche Auffassung. In den von ihm beobachteten Fällen von traumatischer Neurose war der Verlauf günstiger bei Privatpersonen, schlimmer bei Beamten, wo die psychische Erregung durch die Verantwortlichkeit gesteigert wird.

Dr. v. Rautenfeld hat stets bei traumatischer Neurose einen schweren Verlauf gesehen, auch dort, wo das Amt der Patienten garnicht in Frage kam.

2) „Die diesjährige Influenza-Epidemie".

Dr. Hampeln: Die grössere Anzahl der Grippefälle bot das Bild einer Allgemeinerkrankung wie bei sonstigen fieberhaften Infectionskrankheiten. Locale Erscheinungen fehlten. Hervorzuheben wäre die grosse Prostration, doch wird solche auch z. B. beim Typhus exanth. gesehen. Beim etwaigen Bestehen einer anderen Epidemie könnten also in den ersten Tagen differentialdiagnostische Schwierigkeiten eintreten. Entfieberung meist in 2—4 Tagen. Vereinzelt dastehende Fälle mit länger andauerndem Fieber ohne locale Erscheinungen könnten wie in einem angeführten Falle auch von differential-diagnostischer Bedeutung zwischen Typhus abdom. und Influenza sein. Die mit Catarrhen (Bronchitis etc.) einhergehende Form ist namentlich zu Beginn der Epidemie entschieden die seltenere gewesen.

In der ihm unterstellten Abtheilung des allgem. Krankenhauses hat Vortr. hauptsächlich die complicirteren Krankheitserscheinungen beobachten können. Die Anzahl der Todesfälle war eine bedeutende. An Grippe als solcher ist Niemand gestorben, so lange eben keine Complication bestand, wie Phthisis etc. Bemerkenswerth sind die aussergewöhnlich zahlreichen Aufnahmen wegen croupöser und catarrhalischer Pneumonie, ebenso wegen exsudativer Pleuritis. Neben mit Influenza-Symptomen einsetzenden croupösen Pneumonien hat es andererseits viele solche gegeben, welche sich in nichts von der gewöhnlichen Form unterschieden. Bei beiden allerdings schwerer Verlauf, die asthenische Form stand auffallend im Vordergrund. — Die catarrhalische Pneumonie, bei den Erwachsenen bekanntlich äusserst selten, war in grosser Anzahl vorhanden, oft complicirt mit exsudativer Pleuritis. Die pleuritischen Exsudate, und zwar vorwiegend sero-fibrinöse und sero-purulente, ebenfalls viel zahlreicher als sonst. Viele Todesfälle. An Pleuritis exsudativa starben 2 Patienten, was lange nicht sich zugetragen. Ein Fall war moribund eingebracht, das andere Mal schloss sich an die Punction ein Pneumothorax an. Bei beiden Sectionsbefunden freie Lungen, in Sonderheit keine Pneumonie, welche Thatsache besondere Erwähnung verdient, da ja bekanntlich viele Autoren eine Pleuritis niemals als primäre Erkrankung entstehen lassen wollen. Der referirte Pneumothorax legt den Gedanken nahe, dass immerhin, wenn auch der makroskopische Nachweis nicht geführt werden konnte, ein lobulärer Entzündungsherd vorgelegen.

Dr. Krannhals: In das Leichenhaus des allgem. Krankenhauses sind eingeliefert: October a. c. 41 Leichen, davon 26 secirt, darunter 2 Pneum., 2 Tubercul.; November 59, 42 secirt, 6 Pneum., 5 Tubercul.; December (und zwar bis zum 20.) 39, secirt 24, 9 Pneum., 5 Tubercul. — Die Pneumonie bot makroskopisch meistens das typische Bild einer lobären, fibrinösen und zwar zum grössten Theil im Stadium der sog. grauen Hepatisation. Höchst auffallend war die Häufigkeit pneumonischer Processe an phthisischen Lungen, meist an den unteren, freien Partien lobäre oder noch häufiger Pleuropneumonie. — Wegen Zeitmangel konnten eingehende bacteriologische Studien nicht





vorgenommen werden. Die wenigen angelegten Pneumonieplatten unterschieden sich in nichts von den gewöhnlichen. Im pneumonischen Sputum, ebenso in Ergüssen, sind 2 Mal die bekannten Fränkel'schen Kokken gefunden, nicht etwa specifische Influenzaerreger. Bei catarrh. Pneumonie fanden sich nur Streptokokkus alb. oder aureus. Als auffallend gegenüber den anderen Befunden erwähnt Vortr. eines Falles von fibrinöser Pneumonie, complicirt mit fibrinös-eitriger Pericarditis. In den Lungen gewöhnliche Eiterkokken, keine Fränkel'schen, dagegen in den Plattenculturen des pericardialen Ergusses verhältnissmässig dicke Stäbchen, fast in Reincultur. Auf Agar nur kamen sie fort, kein Wachsthum bei Zimmertemperatur.

Dr. Carlblom: Der ausgesprochene nervöse Charakter der Erkrankung, die hervorragenden Schmerzen etc. lassen wohl keine diagnostischen Schwierigkeiten zu. Auch die croupöse Pneumonie bot in den letal verlaufenden Fällen ein ganz eigenartiges Bild, äusserst schnelle Prostration und Collaps, hohe Athemfrequenz, serös-blutiges Sputum en masse, dabei meist keine, percutorisch oder auscultatorisch, nachweisbare bedeutende Veränderungen.

Dr. Boehlendorff berichtet, wie in den ersten November-Tagen der Zudrang in die ihm unterstellte Militärambulanz sich mehrte, von 17, 18 und 19 stieg die Zahl plötzlich auf 40, 60 und 80 täglich. — Von Complicationen erwähnt Vortr. zahlreicher Mittelohrerkrankungen, zum Theil ohne, zum Theil mit Perforation und Ausfluss. Ferner wird berichtet über den unvermittelten Uebergang einer Conjunctivitis simplex in eitrige Augenentzündung bei einem an Influenza erkrankten Soldaten.

Nach Dr. Heerwagen's Erhebungen hat sich auch bei uns die Influenza mit einem Schlage in der ganzen Stadt verbreitet, eine statistische Datensammlung war unmöglich. Folgende, in 3 Familien gemachte Beobachtungen, sind vielleicht für die Incubationsdauer zu verwerthen. 7—9 Tage nach dem in dem betreffenden Kreise constatirten ersten Grippeanfall erkrankten mehr oder weniger sämmtliche Hausgenossen. — Vortr. bespricht den Symptomencomplex; ungemein plötzlicher Beginn, schwere subjective Symptome, welche nicht congruent mit der Höhe des Fiebers waren, Fieberabfall meist rasch, Erholung. In den nicht typischen Fällen mit allmäligem Beginn war der Verlauf meist ein schwerer. Schliesslich constatirte Vortr. den leichten Verlauf, welchen die Grippe bei Kindern genommen, und die Häufigkeit der ja sonst bei Erwachsenen kaum zu beobachtenden catarrhalischen Pneumonie.

Bezüglich der „Rückfälle" hebt Dr. Hach hervor, dass er unter 235 Fällen nur 5 Mal sog. Rückfälle zu verzeichnen gehabt hat. Alle diese Fälle entpuppten sich jedoch schliesslich als folliculäre Anginen ohne besondere subjective Beschwerden.

Auch Dr. Krannhals hat mehrfach Fälle beobachtet, in denen die erneute Erkrankung zunächst als typischer Rückfall imponirte, bis schliesslich derselbe als Angina, einfache sowohl als phlegmonöse, ferner je 2 Mal als Otitis media und catarrhalische Pneumonie erkannt wurde.

Wegen vorgerückter Zeit wird die Discussion auf die nächste Sitzung verschoben. z. Z. Secretär: Bernsdorff.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Burkhardt empfiehlt, gestützt auf günstige Erfahrungen im Laufe eines halben Jahres, dringend die consequente, selbst Wochen lang dauernde Anwendung des *Perubalsams* in solchen Fällen von *Otitis media purulenta chronica*, wo geschwürige Processe neben der eitrigen Schleimhautentzündung bestehen, also in den meist Jahre lang bestehenden Fällen mit ausgedehntem Trommelfelldefect, profuser Secretion jauchigen Eiters, Neigung zu Polypenbildung, rauhem Knochen. — Unter der Behandlung tritt Abschwellung, Aufhören der Secretion, Vernarbung ein. — Der Balsam wird nach sorgfältigster Reinigung des Mittelohres täglich ein oder mehrmals eingeträufelt und durch tiefes Einlegen eines dünnen langen Wattepfropfes in möglichst dauerndem Contact mit den kranken Partien gehalten. Nur die ersten Male leichtes Brennen, später gar keine lästige Empfindung. Ein Mal acutes Eczem danach. (Münch. med. Woch. № 9.)

— Die Ursache der Reizung der Schleimhäute bei Anwendung von Chloroform in mit Gas erleuchteten Räumen ist nach Kunkel's Untersuchungen die *Zersetzung der Chloroformdämpfe* durch die hohe Temperatur der Gasflamme *in Salzsäure und Kohlensäure*; dabei bildet sich noch etwas *freies Chlor*. Versuche ergaben, dass 0,1 ‰ Salzsäuregehalt der Luft genügt, um die heftigsten Reizerscheinungen der Schleimhäute hervorzurufen; dieser Salzsäuregehalt wird in 70 Cbm. schon durch die Zersetzung von 10 Gramm Chloroform bewirkt. Dass nicht öfter die unangenehmen Erscheinungen bei Anwendung von Chloroform bei Gaslicht auftreten, ist zu erklären durch die Feuchtigkeit der Luft, die die Salzsäure bindet. — Prophylaktisch empfiehlt K. Aufhängen von in Sodawasser oder Kalkmilch getränkten Tüchern. (Münch. med. Woch. № 9.)

— Im Verein deutscher Aerzte in Prag sprach Jaksch über *Malariaplasmodien* und demonstrirte solche von einem Falle von Febris intermittens quartana. Die Malariaplasmodien sind ungemein polymorph, der Formenkreis derselben steht mit den klinischen Erscheinungen des Wechselfiebers unzweifelhaft in inniger Beziehung, in dem Sinne, dass mit der Entwickelung einer neuen Generation das Fieber einsetzt. Es braucht also bei Febris tertiana der Mikroorganismus 3, bei Febris quartana 4 Tage, um den ganzen Formenkreis zu durchlaufen. Am wichtigsten in klinischer Beziehung sind die typischen intraglobulären, nicht pigmentirten Formen. Die Stellung dieser Parasiten im Systeme ist noch unsicher, weshalb dafür der nichts präjudicirende Name „Hämotobium malariae" vorgeschlagen wurde. (Wien med. W.)

Vermischtes.

— Der ordentliche Professor der Chirurgie an der militär-medicinischen Academie, Wirkl. Staatsrath Dr. Nassilow, welcher gegenwärtig zugleich das Amt des gelehrten Secretärs der Academie bekleidet, ist nach Ausdienung der 25-jährigen Dienstfrist auf weitere 5 Jahre *wiedergewählt* worden.

— In der militär-medicinischen Academie sind von den bereits längere Zeit vacanten Lehrstühlen endlich in der Sitzung der Conferenz am 14. April zwei wieder besetzt worden. Für den durch den Tod Prof. Botkin's erledigten Lehrstuhl der therapeutischen Klinik wurde der Professor der Warschauer Universität, Wirkl. Staatsrath L. W. Popow, und zum Nachfolger des verstorbenen Prof. Lösch auf dem Lehrstuhl der Pharmacie und Pharmakognosie der bisherige Laborant Dr. S. Przibytek (in der Eigenschaft eines Professor-Adjuncts) gewählt.

— Der Privatdocent der Universität Kiew, Dr. N. A. Rogowitsch, ist zum Professor der Chirurgie an der Universität Tomsk ernannt worden.

— Der Lehrstuhl der Desmurgie an der militär-medicinischen Academie, für welchen der Privatdocent Dr. W. N. Popow designirt war, ist wieder vacant geworden, da letzterer seinen Dienst bei der Flotte nicht aufgeben will. Es sind somit ausser den Lehrstühlen für Hygiene und für Pharmakologie auch noch der Lehrstuhl für Desmurgie in nächster Zeit zu besetzen.

— In der letzten Sitzung der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit wurde Prof. Zdekauer zum Präsidenten, Prof. Andrejewski zum Vicepräsidenten und Dr. A. Lipski zum Secretär wiedergewählt.

— *Ernannt*: Der Wirkl. Staatsrath Dr. Iwanow — zum Flaggmanndoctor des praktischen Geschwaders des baltischen Meeres für die diesjährige Navigationsperiode.

— *Verstorben*: 1) In St. Petersburg am 12. April der hiesige Arzt (Specialist für Kinderkrankheiten) W. Newski, im 33. Lebensjahre an Phthisis. 2) Am 17. April in Berlin plötzlich der Arzt am hiesigen von der Pokrowschen Gemeinschaft barmherziger Schwestern unterhaltenen Gebärasyl (im Hafen) Dr. Eugèn Makowezki. Der Verstorbene litt schon längere Zeit an einer Neubildung im Mediastinum. 3) Am 13. April in St. Petersburg der hiesige Arzt Constantin Bjeloussow an Apoplexie. 4) Im Kowrowschen Kreise (Gouv. Wladimir) der Landschaftsarzt J. Bylinski an der Lungenschwindsucht. Der Verstorbene hat seine Frau mit 2 Kindern ganz mittellos hinterlassen. 5) In Stockholm der langjährige Chef der schwedischen Medicinalverwaltung, Prof. Dr. Magnus v. Huss, im 83. Lebensjahre. H. hatte seine Ausbildung an den Universitäten Berlin, Halle, Wien und Paris erhalten und gehörte zu den berühmtesten Aerzten Schwedens. Er ist auch vielfach literärisch thätig gewesen, für seine Arbeit über den chronischen Alkoholismus wurde ihm der Monthyonpreis von der französischen Academie der Wissenschaften zuerkannt.

— Professor Victor Besser, dessen Tod wir in der vorigen Nummer bereits gemeldet haben, gehörte zu den gesuchtesten und beliebtesten Aerzten St. Petersburgs. Im Jahre 1825 zu Kremenez (Wolhynien) geboren, wo sein Vater Professor der Botanik am Lyceum war, besuchte er das Gymnasium in Kiew und studirte darauf in der philosophischen Facultät der dortigen Universität. Nach Erlangung der Candidaten- und Hauslehrerwürde blieb B. nur kurze Zeit Lehrer und widmete sich bald dem Studium der Medicin an der Moskauer Universität, wo er i. J. 1851 den Arztgrad cum laude erhielt. Nachdem er sodann behufs weiterer Vervollkommnung drei Jahre auf ausländischen Universitäten studirt hatte, machte er in Moskau sein Doctorexamen und wurde dem St. Petersburger Militärhospital für Landtruppen zucommandirt, wo er klinische Vorlesungen für die Studenten des V. Cursus der medico-chirurg. Academie hielt. Im J. 1860 wurde er zum ordentlichen Professor der allg. Pathologie, Diagnostik und allg. Therapie an der Academie ernannt und übernahm zugleich die Leitung der 2. therapeutischen Abtheilung des klinischen Hospitals. Als er nach Ausdienung der 25-jährigen Dienstfrist i. J. 1879 nicht wiedergewählt wurde, widmete sich Besser ganz seiner ausgebreiteten Privatpraxis und fungirte ausserdem nur noch als berathendes Mitglied des militär-medicinischen gelehrten Comités, bis ein Herzschlag seinem Leben das Ziel setzte. Seine zahlreichen Schüler und Patienten werden ihm ein liebevolles Andenken bewahren, welches ihm durch seine Schenkung eines Capitals zu 2 Stipendien bei der Kiewer Univer-

sität und andere noch grössere Spenden zu wohlthätigen Zwecken auch in weiteren Kreisen gesichert ist.

Ausser seiner Doctordissertation' welche von der therapeutischen Wirkung der Mineralwässer handelte, hat der Verstorbene einige Berichte über seine ausländischen Abcommandirungen und über seine Klinik veröffentlicht.

— Die *Daten über die Zahl der an Infectionskrankheiten Verstorbenen* wurden bisher dem Ministerium des Innern von den Gouvernements - Medicinalverwaltungen, der Polizei und den Aerzten zugestellt, doch hat die Erfahrung gelehrt, dass die Zahlen, welche auf diesem Wege gesammelt worden, durchaus unvollständig sind und der Wirklichkeit nicht entsprechen, da die Einwohnerschaft oft nicht zur rechten Zeit oder auch gar nicht über das Auftreten der Krankheit Anzeige macht. Angesichts dieser Umstände hat nun das Ministerium des Innern einen neuen Registrirungsmodus für die an Infectionskrankheiten Gestorbenen unter Mitwirkung der Geistlichen festgesetzt. Sowohl den orthodoxen Pfarrern, als auch denen der katholischen, lutherischen und altgläubigen Gemeinden wird die Verpflichtung auferlegt, monatlich aus den Kirchenbüchern die Daten über die Zahl der an Infectionskrankheiten Gestorbenen aufzugeben. Diese Maassregel wird auch auf alle Religionssecten, die der Raskolniken, Juden, Muhamedaner u. A. ausgedehnt werden.

— Prof. Dr. v. Nussbaum in München hat am 28. April nach langem schwerem Leiden und mehrmonatlicher Reconvalescenz die Leitung der Klinik wieder übernommen. Es wurde ihm von seinen Schülern ein festlicher Empfang bereitet.

— Prof. Bramann hat die Leitung der chirurgischen Klinik in Halle übernommen. Die bisherigen Assistenten Volkmann's an dieser Klinik, die Professoren F. Krause und Oberst haben diese ihre Stellung aufgegeben. Ersterer übernimmt die Leitung der Volkmann'schen Privatklinik.

— Der während der vorigjährigen Weltausstellung in Paris gegründete französische *„Congress zum Studium der Tuberkulose"* wird laut Beschlusses des permanenten Comités im Juli 1891 die zweite Sitzung abhalten.

— Sir William Jenner hat seine Lehrthätigkeit aufgegeben und sich auf seine Besitzung nach Southampton zurückgezogen, um dort in Musse eine Gesammtausgabe seiner Arbeiten zu bewerkstelligen.

— Das zu Ehren des diesjährigen internationalen Congresses (Berlin) geplante deutsche Aerztefest ist aufgegeben worden, nachdem der Geschäftsausschuss des deutschen Aerztevereinsbundes es abgelehnt hat, sich an die Spitze des Unternehmens zu stellen. Dafür wird seitens der Berliner Aerzte ein solches Fest zu Ehren der Gäste gegeben werden. (A. m. C.-Ztg.)

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 22. April 1890 5794 (43 weniger als in der Vorwoche), darunter 273 Typhus- (39 mehr), 573 Syphilis- (2 weniger), 99 Scharlach- (14 weniger), 11 *Influenza-* (56 weniger), 86 Masern- (29 mehr), 15 Diphtherie- (2 mehr) und 7 Pockenkranke (1 weniger als in der Vorwoche).

Vacanz.

— Es wird ein *Arzt gesucht zur Uebernahme des Oeconompostens bei einem Hospital*, welches ca. 300 Werst von Moskau und 25 Werst von der Eisenbahnstation entfernt liegt. Gehalt nach Vereinbarung. Offerten in versiegelten Couverts mit Angabe der früheren Stellungen und der geforderten Remuneration werden unter nachstehender Adresse erbeten: „Въ Москву, Тверская улица, пассажъ Постникова, кварт. № 94—95, Гаврiилу Михайловичу Михаилову.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 15. bis 21. April 1890.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
324	266	590	123	61	107	19	6	15	45	53	45	41	35	27	12	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exant. 0, Typh. abd. 5, Febris recurrens 4, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 24, Scharlach 23, Diphtherie 6, Croup 0, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 29, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicämie 10, Tuberculose der Lungen 87, Tuberculose anderer Organe 4, Alcoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 57, Marasmus senilis 23, Krankheiten des Verdauungscanals 50, Todtgeborene 29.

☞ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 8. Mai 1890.**

☞ **Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 14. Mai 1890.**

XV. JAHRGANG. **St. Petersburger** Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,

St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 18 St. Petersburg, 5. (17.) Mai **1890**

Zweiter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der zweite Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte findet **in Wenden** statt und währt **vom 27. bis 29. August** d. Jahres. Vorträge, deren Dauer statutenmässig auf 15 Min. angesetzt ist, bitte ich unter genauer Angabe des Themas und kurzer Wiedergabe des Inhaltes baldmöglichst, spätestens aber bis zum 1. Juli c. bei mir anzumelden.

Fellin, den 20. April 1890.

Im Namen der Gesellschaft livländischer Aerzte
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Fellin.

Ueber Hydrotherapie.

(Vortrag, gehalten in Pernau in einer Gesellschaft von Aerzten).

Von

Dr. Behse,

älterem Kreisarzte des Pernau'schen Kreises.

(Schluss.)

II.

Wenden wir uns jetzt zu dem zweiten Theil unserer Aufgabe und versuchen wir eine Uebersicht zu gewinnen über die Heilwirkungen, die von Badeformen ausgeübt werden können.

Aus der *localen Wirkung der Kälte* lässt sich der *entzündungswidrige Einfluss* derselben auf allerlei Entzündungen auch innerer Organe herleiten. Wir haben ja gesehen, dass die Circulation herabgesetzt, die Organe auch bis in die Tiefe gekühlt werden können. Die Verhältnisse bei Entzündungen sind aber so complicirt, dass es sich sehr schwer feststellen lässt, wann und wie lange es bei einer Entzündung vortheilhaft ist die Circulation herabzusetzen, und wann wir von einer lebhafteren Circulation einen besseren Effect zu erwarten haben. Anfangs wird die Kälte wahrscheinlich wohl immer gut thun, im weiteren Verlaufe werden wir es aber zweckmässig von dem Empfinden des Patienten abhängen lassen, ob wir die Eisblase oder den Kühlapparat fortbrauchen, oder zu Priessnitz'schen Compressen übergehen, deren Nutzen, wenn die anfängliche Congestion vorüber ist, sowohl theoretisch als praktisch einleuchtend ist, denn nichts kann ja die der Entzündung zu Grunde liegende Gefässveränderung in späteren Stadien der Krankheit so günstig beeinflussen, als das reichliche Durchströmtwerden von Blut. Wollen wir die *Regeneration* kräftig anregen, dann werden wir durch warme Breiumschläge noch stärker einwirken als durch Priessnitz.

Die *reinigende, desinficirende, aufquellende Wirkung,* welche die Bäder auf die Haut ausüben, ist bei allen chronischen Hautkrankheiten mit Vortheil benutzt worden und wird von den Chirurgen und Geburtshelfern tagtäglich zur Asepsis und Antisepsis verwerthet. Es liesse sich der Satz vertheidigen, dass ohne Hydrotherapie die ganze moderne Chirurgie unmöglich wäre. Näher können wir uns natürlich auf alles dieses nicht einlassen. Ueber die *Abhärtung* seien mir aber hier, wo von der Wirkung des Wassers auf die Haut die Rede ist, ein paar Worte erlaubt: Das Geschehen bei der Erkältung stelle ich mir so vor: Der Kältereiz, wie es bei schwächlichen, anämischen Menschen, aber auch bei sonst scheinbar Gesunden oft vorkommt, führt nicht zur normalen Reaction; dann kommt es wahrscheinlich durch vasomotorische Einflüsse zu Blutüberfüllung und Catarrh in besonders disponirten Schleimhäuten. Rossbach beobachtete experimentell, dass bei äusseren Kälteapplicationen in der Luftröhrenschleimhaut zuerst starke Anämie eintrat und dass darauf venöse Hyperämie mit vermehrter Schleimsecretion folgte. Oder die Kälte dringt tiefer zu den Muskeln und Nerven und veranlasst in diesen Organen Ernährungsstörungen, Rheumatismen, Neuralgien, Lähmungen. Möglich ist auch, dass unter Umständen durch die Kälte bei mangelhafter Hautreaction die Excretion eines Auswurfsstoffes von der Haut (einer Fettsäure etwa) verhindert wird und dass dieser Stoff, im Blute zurückgehalten, die Nieren reizt. So könnte man wenigstens hypothetisch versuchen das Entstehen von Nierenkrankheiten zu erklären, die ja unleugbar zuweilen durch Erkältung hervorgerufen werden. Bei erhöhter Eigenwärme, sei es durch Fieber, oder Hitzeapplication (Dampfbäder, irisch-römische Bäder), hat man von der Kälteeinwirkung keine Erkältung zu befürchten. Typhuskranke erkälten sich nicht in kalten Bädern, unsere Bauern wälzen sich, aus dem Schwitzbade kommend, ungestraft im Schnee. Für die so häufigen Erkältungskrankheiten giebt es nun kein besseres prophylaktisches Mittel als die Hydrotherapie. Kalte Abreibungen, Douchen, kalte Fluss- und Seebäder werden die indicirten übenden Badeformen sein. Will man die Haut als Wärmeregulirungsapparat zu einer erhöhten Thätigkeit anregen, so werden wir Dampfbäder, warme Bäder mit darauf folgender kühler Douche anwenden. Wollen wir Schweiss er-

zeugen, so gewährt uns die Hydrotherapie die unschädlichsten Mittel dazu. Russische Dampfbäder, irisch-römische Bäder werden der Indication genügen. Soll die resorbirende Thätigkeit der Haut angeregt werden, wie z. B. bei Anwendung einer Schmiercur, so wird es am besten geschehen durch häufige warme Bäder, Schwitzbäder u. s. w

Beeinflussung des Nerven- und Muskelsystems. Hier lässt sich mit Recht behaupten, dass die Hydrotherapie uns die werthvollsten Schonungs- und Uebungsmethoden an die Hand giebt. Unter den schonenden Mitteln nimmt das *indifferente Bad* die erste Stelle ein. Will man aber gute Resultate erzielen, so ist auf manche scheinbare Kleinigkeiten zu achten: Die Temperatur des Bades muss mit Berücksichtigung der Individualität des Badenden sorgfältig bestimmt sein. Das Zimmer darf nicht so kalt sein, dass der aus dem Bade kommende Kranke einen starken Frostschauer bekommt. Das Zimmer darf aber auch nicht zu heiss sein, es darf nicht mit Wasserdampf überladen sein. Das Abtrocknen muss von einem gewandten Badewärter rasch, aber ohne Hast und ohne zu starke Friction geschehen. Der Patient muss wollene Wäsche anziehen; der Reiz der Wolle scheint am besten die erschlafften Gefässe allmälig zur Contraction zu bringen. Von einem erschlaffenden Einfluss der indifferenten Bäder kann keine Rede sein; diese Ansicht, die man zuweilen von Patienten aussprechen hört, ist dadurch entstanden, dass der Wille, ebenso wie nach dem Schlafe, eine stärkere Anstrengung machen muss, um das beruhigte Nervensystem zu einer Leistung anzuregen. Ein zweites Mittel der Schonung hat für das Nervensystem die Hydrotherapie in den *feuchten Einpackungen*, die mit kaltem Wasser gemacht werden. Nach einem flüchtigen und daher nicht erheblichen Kältereiz befindet sich die Haut in denselben in einem Dampfbade von Bluttemperatur; alle Reize werden abgehalten. Mit warmem Wasser die Einpackungen zu machen ist nicht zweckmässig, obgleich dadurch der initiale Kältereiz vermieden würde; denn die Circulation wird in diesem Falle nicht angeregt und das nasse Laken erwärmt sich ungleichmässig. Als ein Vorzug der therapeutischen Schonungsmethoden ist noch der zu nennen, dass sie sich sehr leicht und zweckmässig mit übenden Einwirkungen verbinden lassen, die sehr fein dosirt werden können.

Unter den *übenden Methoden* sind in, was die Reizgrösse anbetrifft, aufsteigender Scala zu nennen: mässig kühle Abreibungen, feine Regendouche nach dem indifferenten Bade, kühle, Kohlensäure enthaltende Bäder von 34—30° C., Salzbäder von derselben Temperatur, Abreibungen mit kaltem Wasser, kalte Fluss- und Seebäder, ganz kalte Uebergiessungen oder Douchen von dickem Strahl im warmen Bade. Als ein Vorzug der hydrotherapeutischen Uebungsmethoden ist der zu nennen, dass, wenn der Reiz richtig dosirt war, keine Erschlaffung auf denselben folgt. Welch' günstigen Einfluss endlich der Eisbeutel auf den Kopf in vielen Fällen von psychischer Aufregung, Schlaflosigkeit, Kopfweh und bei fast allen fieberhaften Krankheiten ausübt, ist so bekannt, dass man davon den Laien nicht einmal zu sprechen braucht. Was für's Nervensystem gilt, kann auch auf die *Muskeln* bezogen werden; indifferente Bäder werden die Wärmeverluste mässigen, ohne die Muskeln zu erhitzen und sie so schonen, Kälte und Hitze den Stoffwechsel in denselben steigern, sie üben. Doch sind Kälte und Hitze nicht gleichwerthig, wie wir schon auseinandergesetzt haben, die Kälte ist für Gesunde eine zweckmässige Uebung, Hitze nur für Rheumatiker gut. Wir kommen jetzt zur *Beeinflussung der Brustorgane.*

Dem Herzen werden die indifferenten Bäder auch Schonung bringen, denn wenn die Wärmeverluste geringer werden, ohne dass das Blut und die Gewebe an Wärme zunehmen, wenn von der Körperoberfläche möglichst geringe Reize das Nervensystem treffen, dann wird auch der Stoffwechsel verlangsamt und das Herz geschont. Die indifferenten Bäder müssen aber unter denselben Cautelen angewandt werden, die bei der Schonungstherapie der Nerven Erwähnung gefunden haben. Abzurathen ist jedoch von den warmen Bädern, wenn die regulatorischen Herznerven schon gelitten haben, asthmatische Anfälle, unregelmässige Herzaction, venöse Stauungen schon aufgetreten sind, und auch bei nervöser Herzirritation sind sie nicht angezeigt, denn sie erschweren die Thätigkeit der regulatorischen Nerven durch partielle Gefässerweiterungen und Verengerungen. Es sind also die indifferenten warmen Bäder besonders im Beginn der Herzkrankheiten schonend. Häufiger vielleicht als durch die warmen Bäder kann man Herzkranken nützen durch mässige Kälteapplicationen, kühle Abreibungen, kühle kohlensäurehaltige Bäder u. s. w. Indicirt ist diese wärmeentziehende Therapie, wenn die Haut blass und cyanotisch ist, die inneren Organe an Blutüberfüllung leiden. Kommt eine gute Reaction in der Haut zu Stande, so wird die Circulation erleichtert, das Herz geschont; gelingt es aber nicht eine tüchtige Reaction zu Stande zu bringen, so muss man die Kälteapplication aufgeben. Contraindicirt ist die Kälte auch bei Atherom der Arterien, Herzverfettung, bedeutender Blutleere.

In Bezug auf *Lungenkrankheiten* haben wir schon früher erwähnt, dass bei somnolenten Kranken, z. B. bei Typhösen mit starken Bronchialcatarrhen, die oberflächlich athmen, kalte Uebergiessungen im warmen Bade die Respiration anregen und so der Bildung von Athelectasen vorbeugen werden. Von den Entzündungen der Lungen und des Brustfelles gilt das von der antiphlogistischen Methode im Allgemeinen schon Gesagte. Hier ist nur noch zu erwähnen der Prophylaxis durch Abhärtung und der Aufbesserung der Ernährung durch geeignete Wassercuren.

Beeinflussung der Verdauungsorgane. Bei Entzündungen: Typhlitis, Para- und Perityphlitis, Peritonitis ist die antiphlogistische Kältetherapie garnicht zu entbehren. Sonst ist noch zu bemerken der auffallend schmerzlindernde Einfluss warmer Bäder bei Koliken, der wahrscheinlich durch eine Reflexhemmung bewirkt wird, vielleicht übrigens auch durch direct wirkenden, krampflindernden Einfluss auf die glatten Muskelfasern. Durch Ableitung auf die Haut werden auch bisweilen Durchfälle gebessert und durch Abhärtung lässt sich nicht selten die Neigung zu Darmcatarrhen beseitigen. Ausspülung des Magens und Darmes, die, wenn man will, auch zur Hydrotherapie gerechnet werden können, sind sehr wirksame Schonungsmethoden für diese Organe. Verbesserung des Stoffwechsels und der Ernährung endlich kann auch bei Magendarmkrankheiten wesentliche Vortheile bringen. Auf *Leberkranke* wirken warme indifferente Bäder sehr wohlthuend; wodurch, lässt sich schwer erklären. Durch reizende Bäder, Soolbäder, Fichtennadelbäder kann ferner vielleicht ableitend auf die Leber gewirkt werden und Douchen auf die Lebergegend sind möglicherweise im Stande die Circulation in der Pfortader zu befördern. Der günstige Einfluss warmer Bäder auf Gallensteinkoliken ist wohl ebenso zu erklären wie die erwähnte wohlthätige Einwirkung bei Kolik.

Bei *Milztumoren* hat man zuweilen von warmen Douchen auf die Milzgegend und von warmen Bädern einen guten Einfluss gesehen.

Beeinflussung der Harn- und Geschlechtsorgane. Nierenkranken soll man täglich indifferente Bäder gewähren, oder besser noch Bäder von etwas höherer Temperatur 37—38° C. Wie solche wirken, lässt sich ebenso wie bei Leberkrankheiten nicht genügend erklären. Aber Thatsache ist es, dass sie Nierenkranken sehr wohlthun. Auch Schwitzcuren sind oft von Vortheil, schonen die Nieren; doch wende man sie nicht zu lange an, da die Nerven dadurch angegriffen und die Patienten gegen Temperatureinflüsse sehr empfindlich werden. Der schmerzlindernde Einfluss warmer Bäder bei Steinkoliken ist allgemein anerkannt.

In Bezug auf *Blasenkrankheiten* habe ich zu erwähnen die Schmerz und Tenesmus lindernde Wirkung von warmen Bädern. Priessnitz'schen Einwickelungen und Kata-



plasmen und den exquisit schonenden Einfluss von Ausspülungen mit sterilisirtem Wasser. Bei den *Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane* finden Wassercuren hervorragende Indicationen. Ausspülungen der Scheide und Gebärmutter wären als schonend anzusehen. Ferner sind zu erwähnen kalte Einspritzungen gegen Blutungen. Kälte und Priessnitz. Salz- und Moorbäder gegen Entzündungen und je nach der Indication schonende oder übende Wassercuren gegen die consecutiven Nervenstörungen. Wenden wir uns jetzt zu der

Beeinflussung des Stoffwechsels. Dieselbe ist schon mehrfach erwähnt worden. Wir haben gesehen, dass kühle Wassercuren den Stoffwechsel anregen, dass laue Wärme ihn schont und dass Hitze ihn auch steigert. Hier haben wir speciell zu bemerken, dass warme hydrotherapeutische Proceduren den Stoffwechsel der *Rheumatiker* in exquisiter Weise günstig beeinflussen. Es ist das eine klinische Erfahrungsthatsache, die auch nicht näher erklärt werden kann. Gewöhnliche erwärmende Bäder (über 37° C.), verschiedene Mineralbäder, Schlamm- und Moorbäder, heisse Luft- und Dampfbäder kommen hier in Frage.

Bei *Residuen von Entzündungen* z. B. Pleuritis, Peritonitis, Parametritis, *Neuralgien, Gelenkaffectionen* scheinen Moorbäder sehr günstig auf den Stoffwechsel einzuwirken. Gegen die *torpide Form der Scrophulose* werden Soolbäder mit Glück angewandt. *Arthritis deformans* bessert sich häufig beim Gebrauch indifferenter warmer Bäder. *Tabetiker, kachectisch-scrophulöse Patienten* werden oft gekräftigt durch Kohlensäure enthaltende Bäder. Fichtennadelbäder sind empfohlen worden, um bei mit *Marasmus verbundenen Formen von Gicht und Rheumatismus* den Stoffwechsel zu heben. Die Cur der *Fettleibigkeit* findet in kühlen hydrotherapeutischen Proceduren wesentlich Unterstützung. Der Stoffwechsel der *Anämischen* wird je nach dem Stande der Ernährung bald mit milde kühlenden Bädern, Salzbädern, moussirenden Bädern, bald mit vollkommen schonenden Bädern zu behandeln sein. Bei mässigen Graden von Blutleere und guter Ernährung kann sogar das Seebad Nutzen bringen. Das Eisen in den Stahlbädern, die besonders bei Blutleere empfohlen wurden, hat wahrscheinlich keine besondere Wirkung.

Beeinflussung der Körperwärme. Zeitweise Erhitzung des Körpers kann, wie wir gesehen haben, bei Rheuma, den Residuen chronischer Entzündungen, Neuralgien u. s. w. sehr vortheilhaft sein. Häufiger ist die Indication gegeben, die fieberhaft erhöhte Eigenwärme herabzusetzen. Von den dazu zweckmässigen hydrotherapeutischen Proceduren sind zu erwähnen die nassen, kalten, rasch gewechselten Einpackungen, das abgeschreckte Halbbad, die von Ziemssen'schen Bäder, kalte Vollbäder.

III.

Ich komme zum letzten Theile meiner Aufgabe und werde kurz das Balneotechnische besprechen, so weit es in unserer Badeanstalt zur Anwendung kommen wird. Unsere Badeeinrichtungen erlauben übrigens die Wasserheilmethode in recht bedeutendem Umfange zur Ausführung zu bringen. Ausser dem kalten Seebade, das sehr bequem eingerichtet ist (in Karren werden die Badenden in's Meer gefahren) und sich durch wärmere Temperatur vor den Seebädern mancher unserer Nachbarstädte vortheilhaft auszeichnet (im Sommer ist die Temperatur des Wassers vor der ersten Sandbank sehr selten unter 15° C., meist zwischen 18 und 25° C.), können wir beliebig temperirte Seewasserbäder gewähren, ferner Moor- und Schlammbäder, für die ein ganz besonderes Haus mit ähnlichen Einrichtungen wie in Kemmern gebaut ist. Dann haben wir in unserer Badeanstalt die Einrichtungen für russische Dampfbäder, irisch-römische Bäder, Douchen u. s. w. und endlich können wir, was sich übrigens von selbst versteht, künstliche Soolbäder, moussirende Bäder, Fichtennadelbäder, Kräuterbäder, elektrische Bäder u. s. w. machen. Für Massage ist gesorgt. Ausser durch die Vollständigkeit der Curmittel zeichnet sich unsere Badeanstalt ferner aus durch grosse, hohe, freundliche Badezellen und da sie hart am Meere in einem Park liegt, hat sie die schönste staubfreie Meerluft.

Doch zur Sache! *Die Wannenvollbäder* können eingetheilt werden in wärmeentziehende (unter 34° C.), indifferente (zwischen 34—36.5° C.) und erwärmende (über 37° C.). Hier ist auf sorgfältige Wärmemessung zu achten und auf eine richtige Temperatur in den Badezellen (18 bis 20° R.). Der Wärter muss gewandt sein im Abtrocknen und Frottiren und Patienten, die der Schonung bedürftig sind, auch beim Ankleiden behülflich sein. Ueber 42° C. warme Bäder werden nicht angewandt. Die Zeitdauer der Bäder sei je nach der Indication 10 Minuten bis 1 Stunde; auch prolongirte Bäder von 2 Stunden Dauer und mehr hat man angewandt.

Eine besondere Art der wärmeentziehenden Bäder ist das *abgeschreckte Halbbad:* eine geräumige Badewanne wird mit Wasser von 23—28° C. nur 8—10 Zoll hoch gefüllt. Der Badende setzt sich, nachdem er sich Kopf und Augen und Achselhöhlen gekühlt hat, in die Wanne und wird von einem Badewärter fortwährend mit dem Wasser benetzt und frottirt. Bald legt sich der Badende dabei auf den Rücken, bald auf die eine, bald auf die andere Seite, von Zeit zu Zeit wird kaltes Wasser zugesetzt und so die Temperatur des Bades immer kälter gemacht bis 18° C., ja bis 10° C. je nach der beabsichtigten Wirkung. Dauer des Bades 10—20 Minuten. Zweckmässig sind diese Bäder um die erhöhte Fiebertemperatur herabzusetzen. Einen gewaltigen Kältereiz bringt hervor das *kalte Vollbad,* das Winternitz bis zu 10° C. kalt anwenden lässt; aber wohl nur nach vorausgegangener Wärmeapplication. Wenn man, was selten der Fall sein möchte, solch' ein Bad für indicirt hält, so muss der Badende das Bad mitten in der Reaction, wenn die Haut noch ganz geröthet ist, verlassen.

In den irisch-römischen Bädern sind drei Räume zu unterscheiden: Im Vorraum hat die Luft eine Temperatur von 19—20° C., im zweiten Raum, dem Tepidarium, eine Wärme von 35—40° C., im Sudatorium, dem dritten Raume von 45—50—60° C. Dauer 15—20 Minuten. Als *Dampfbad oder russisches Bad* bezeichnet man die Einwirkung einer mit Wasserdampf übersättigten Luft von 37,5—40° C. Dauer 15—30 Minuten. *Douchen* haben wir in unserer Anstalt über jeder Wanne, sie können beliebig temperirt werden, auch lässt sich die schottische Art derselben (bald kalte, bald warme Douche) herstellen.

Kalte Abwaschung. Der Körper wird partienweise abgewaschen und jeder Theil nach der Abwaschung gleich abgetrocknet und abgerieben. Das Wasser nimmt man dazu recht kalt (8 bis 12° C.).

Die kalte Abreibung oder Abklatschung. Nach Kühlung des Kopfes wird der Patient in ein mit kaltem Wasser angefeuchtetes Laken eingehüllt und stark abgerieben oder abgeklatscht. Die Temperatur des Wassers sei, je nachdem man stärker, oder schwächer reizen will, 8—18° C.

Die feuchte Einpackung. Eine wollene Decke wird auf einer Couchette ausgebreitet und auf die Decke legt man ein mit kaltem Wasser befeuchtetes Laken. Auf das Laken legt sich der Patient und wird mit Ausschluss des Kopfes in dasselbe gehüllt und dann wird er in die wollene Decke gewickelt. Dabei ist darauf zu achten, dass das Laken überall glatt anliegt. Sind die Füsse kalt, so reibt man sie entweder vor der Application warm, oder man hüllt sie nicht in das Laken, sondern nur in die trockene Decke. Das Wasser, womit das Laken befeuchtet wird, darf 15° C. nicht übersteigen. Dauer der Einpackung $^1/_2$—$1^1/_2$ Stunden.

Priessnitz'sche Umschläge. Diese stellen locale, feuchte Einpackungen dar. Ein mehrfach zusammengelegtes Handtuch, oder eine Serviette, oder, wenn man kleine Theile, z. B. den Hals, oder das Ohr beeinflussen will, ein Stück Leinewand von der Grösse eines Schnupftuches wird in Wasser von höchstens 15° C. getaucht, ausgedrückt und



auf den leidenden Theil gelegt, dann mit einem Stück Gummipapier bedeckt, das auf allen Seiten die Compresse überragt und mit einer wollenen Bandage festgewickelt.

Soolbäder. Schwache Soolbäder enthalten $^1/_2$—1 % Chlornatrium, mittelstarke 3 %, starke 6 %; 10 % Salz ätzt schon die Haut. Gewöhnlich kommt man mit 3 % starken Bädern aus. Temperatur 30—35° C., Dauer der Bäder $^1/_2$—1 Stunde. Will man die Bäder durch Mutterlauge verstärken, so setzt man zuerst gewöhnlich 2 bis 3 Liter zu, ist aber auch bis 20 Liter pro Bad gestiegen.

Kohlensäure enthaltende, moussirende Bäder lassen sich auch künstlich herstellen. $^1/_2$ Kgrm. Natron bicarbonicum und $^1/_2$ Kgrm. Acid. muriat. crudum geben moussirende Natronbäder. Durch Zusatz von 1 Kgrm. Kochsalz erhält man kohlensäurereiche Soolbäder. Zuerst wird in der fertig temperirten Wanne die Soda, respective Soda und Salz gelöst, dann, kurz bevor der Badende in's Bad steigt, setzt man die Salzsäure zu. Die Gasentwickelung dauert $^1/_2$ Stunde. Temperatur der Bäder je nach der beabsichtigten Kühlung 30—34° C.

Künstliche Schwefelbäder lassen sich durch Zusatz von Kali sulphurat. herstellen. 50 bis 150 Grm. auf ein Bad. Temperatur 33—36° C. Dauer gewöhnlich $^1/_2$ Stunde; jedoch werden auch prolongirte Bäder von ein paar Stunden Dauer verordnet.

Zu künstlichen Eisenbädern braucht man den rohen Eisenweinstein (100 Grm. auf 1 Bad). Durch Zusatz von Doppelkohlensaurer Soda und roher Salzsäure in dem oben für die Kohlensäure-Bäder angegebenen Verhältniss kann man sie auch moussirend machen. Temperatur 36—25° C. Dauer 10—30 Minuten.

Laugenbäder. Zu denselben benutzt man rohe Pottasche. $^1/_2$ Kgrm. zu einem Vollbade; 5—10 Grm. zu einem Localbade. oder $^1/_4$—1 Kgrm. Soda zu einem Vollbade und 100 bis 200 zu einem Fussbade.

Seifenbäder. 100—250 Grm. geschabte Hausseife und etwa 1 Unze Soda werden in's Bad gethan und dann tüchtig gemischt. Mit einem Eimer nimmt man dann Wasser aus der Wanne heraus und giesst es, den Eimer festhaltend, zurück und wiederholt das so oft, bis sich starker Schaum gebildet hat. Die Temperatur wird gewöhnlich indifferent genommen, Dauer von 20 Min. bis $^1/_2$ Stunde.

Moorbäder. Die von den gröberen Substanzen gereinigte Moorerde wird vor dem Gebrauch längere Zeit dem Abtrocknen und Verwittern ausgesetzt und die so verwitterte Moorerde wird dann noch geschlemmt, durch ein Sieb gepresst und dann mit Wasser in verschiedenen Concentrationen gemischt. Gewöhnlich wendet man 3 Concentrationsgrade an — halbflüssig, fest, sehr fest. Die geringste Concentration entspricht ungefähr einer ziemlich dicken Mannasuppe, die sehr festen einem dicken Brei. Die Moorbäder werden gewöhnlich sehr warm genommen 38—42° C. Dauer $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde.

Schlammbäder. Zu denselben brauchen wir hier Seeschlamm 20—45 Liter auf 1 Bad. Bei der Bereitung ist es zweckmässig zuerst heisses Wasser in die Wanne zu lassen, so dass der Boden derselben 3—4 Zoll hoch bedeckt ist. dann setzt man den Schlamm zu und rührt tüchtig um und dann erst wird, so viel wie nöthig, warmes und kaltes Wasser zugegossen. Temperatur 35—39° C.; je nach der Indication. Dauer $^1/_4$—$^1/_2$—1 Stunde.

Aromatische Bäder. $^1/_4$—1 Kgrm. species aromaticae werden in einem Säckchen mit 4 Liter Wasser abgebrüht, ausgedrückt und die Brühe dem Bade zugesetzt. Zu einem Kinderbade braucht man 25—100 Grm.

Senfbäder. Zu einem Vollbade werden 100—250 Grm. Senfmehl mit kaltem Wasser angerührt und der Brei wird dann gut im Bade vertheilt. Zu einem Localbade, etwa einem Fussbade, braucht man 50—100 Grm.

Fichtennadelbäder. $^1/_4$—$^1/_2$ Kgrm. Fichtennadelextract, oder $^1/_2$—1 Theelöffel Waldwollöl werden dem Vollbade zugesetzt und gut umgerührt.

Adstringirende Bäder. Zu denselben braucht man Abkochungen von Eichenrinde, Ulmenrinde, Weidenrinde u. s. w. $^1/_2$—1 Kgrm. Rinde wird mit 3 Liter Wasser gekocht und die Brühe dem Badewasser eines Vollbades zugemischt.

Ameisenbäder. 1—2 Kgrm. zerquetschte Ameisen werden in einem Säckchen gebrüht und die Brühe dem Vollbade zugesetzt. Auch mit Spiritus formicarum kann man das Bad herstellen, 240 Grm. zu einem Vollbade.

Kleie-, Malz- und Stärkebäder. Weizenkleie $^1/_4$—$1^1/_4$ Kgrm., Stärke oder Malz $^1/_4$—$^1/_2$ Kgrm. werden in einen leinenen Beutel gethan und mit 6—8 Liter Wasser $^1/_2$ Stunde lang gekocht und dann einem Vollbade zugesetzt.

Auf ein *Vollbad* rechnet man je nach der Grösse der Badewanne 200—400 Liter Wasser, auf ein *Kinderbad* 50—200 Liter, auf ein *Halbbad* 120—150 Liter, auf ein *Sitzbad* 20—30 Liter, auf ein *Fussbad* 10 Liter. 10—20° C. messende Bäder sind *sehr kalt bis kalt*, 20—28° C. machen einen *kühlen Eindruck*. Eine Temperatur von 28—35° C. wird *lau* empfunden, 35—40° C. *warm*, 40—42° C. warme Bäder sind *sehr heiss*.

Referate.

Kraepelin (Dorpat): Ueber Psychosen nach Influenza. (Deutsche Med. Wochenschr. № 11.)

Ausführlichere Mittheilung als die neulich referirte von A. Pick. K. hat 11 hierher gehörige Beobachtungen zur Verfügung. Es handelte sich hier nicht um Initialdelirien, sondern in sämmtlichen Fällen um erst nach dem Ablauf der somatischen Krankheitserscheinungen auftretende fieberlose Geistesstörungen. Die Form dieser Psychosen war eine verschiedenartige und konnten mindestens 3 Gruppen unterschieden werden: I. Störungen mit dem Character der Depression (neurasthenisch-hypochondrische Verstimmungen, Angstmelancholie, Melancholie mit Wahnideen = depressiver Wahnsinn). Diese Störungen sind ganz analog den nach länger dauernden Infectionskrankheiten (Rheumatism. artic., Keuchhusten, Typhus) beobachteten. II. Störungen, welche sich als acute Erschöpfungszustände auffassen lassen und das Gepräge eines Collapsdeliriums oder der sog. hallucinatorischen Verwirrtheit tragen. Sie haben mehr Aehnlichkeit mit den nach Pneumonie, den acuten Exanthemen und im Puerperium auftretenden Geistesstörungen. In allen Fällen dieser zwei Gruppen war die Influenza nicht *allein* Ursache der Psychose, es bestand verschiedenartig begründete Disposition. In der III. Gruppe sind diejenigen Beobachtungen zusammengefasst, bei welchen die Influenza nur den letzten Anstoss zum Ausbruch einer im übrigen längst vorbereiteten Geistesstörung gegeben hat.

Verlauf in der Mehrzahl der Fälle günstig. Therapie hauptsächlich eine roborirende.

(Kurze Notizen über Psychosen nach Influenza finden sich auch in dem Vortrag über Influenza von **Eichhorst**, Correspondenzbl. f. Schw. Aerzte 1890, № 5). **Mercklin.**

A. Eitelberg (Wien): Die subjectiven Gehörsempfindungen und ihre Behandlung. (Wiener Klinik 1889, № 7).

Im ersten Theile seiner Arbeit bespricht Verf. im Allgemeinen das Wesen der subjectiven Geräusche, die in einer Reaction des Acusticus (entweder in seinen centralen, oder auch peripheren Theilen) auf ihn treffende Reize, welche eine Veränderung der Druckverhältnisse oder der Ernährung desselben hervorrufen, bestehen; weiter deren Charakter und die Formen derselben. Im zweiten Theile werden die Erkrankungen, bei denen und in Folge deren diese Gehörsempfindungen auftreten, besprochen, wobei sich ergiebt, dass Verf.'s Beobachtungen (an 300 Fällen) mit denen anderer Forscher vor ihm sich fast decken und dass die acuten eitrigen und die catarrhalischen Mittelohrentzündungen das grösste Contingent für die Gehörsempfindungen abgeben.

Im dritten Theile, der Therapie, betont Verf., dass vor Allem die ursächliche Krankheit behandelt und gehoben werden müsse, wobei auch die Gehörsempfindungen schwänden. Von den therapeutischen Mitteln hat sich dem Verf. der faradische Strom bewährt, weniger der constante. Dann weist er auf das Amylnitrit hin (von **Urbantschitsch** empfohlen) für die Fälle, wo das Ohrensausen auf vasomotorischen Störungen beruhe, dann auf die Pilocarpininjectionen bei luetischer Grundlage (von **Politzer** empfohlen) und auf die kräftigende Diät und Roborantien bei Anämie als Grundlage. Schliesslich erwähnt er der Operationen am Trommelfelle und den Gehörknöchelchen und der sogen. Tonbehandlung **Lucae's**, wonach „subjective Gehörsempfindungen durch äusserlich einwirkende Töne, von dem ersteren entgegengesetzten Charakter, zum Schweigen gebracht würden, so dass hohe Geräusche durch Zuleitung tiefer Töne, und umgekehrt zu behandeln wären". **J. F. Neumann.**



Bücheranzeigen und Besprechungen.

J. Stilling (Strassburg): Anilinfarbstoffe als Antiseptica und ihre Anwendung in der Praxis. Erste Mittheilung. Karl J. Trübner in Strassburg 1890.

Die Mittheilung, deren Lectüre wir jedem Arzte dringend empfehlen, wird nicht verfehlen grosses Aufsehen zu erregen. Und wahrlich, wenn die Anilinfarbstoffe das leisten, was Prof. Stilling denselben nachrühmt, so sind in allen Zweigen der chirurgischen und gynäkologischen Thätigkeit bedeutsame Erfolge zu erwarten.

Geleitet durch die jedem Botaniker und Bacteriologen bekannte Thatsache, dass Bacterien, Bacillen und Kokken jeder Art schliesslich getödtet werden, sobald ein Anilinfarbstoff das Protoplasma derselben gefärbt hat, fand Stilling, dass die Anilinfarbstoffe — besonders die violetten, aber auch bestimmte Auramine — ein Antisepticum darstellen, das nicht nur Infectionen verhindert, sondern auch bereits bestehende Eiterungen erfolgreich bekämpft. Die Farbstoffe sind ungemein diffusionsfähig, gelangen, auf eine Wunde gebracht, überall hin, durchdringen die Schleimmembran der Mikroorganismen und zerstören diese letzteren. Zahlreiche Versuche mit Zucker und Fleischextract bei Zimmertemperatur, sowie rohem Rindfleisch im Thermostaten bei 25° C., ferner mit Schimmelpilzen. Fäulnissbacterien und pathogenen Mikroorganismen erwiesen, dass Lösungen des sog. Methylviolett von 1 auf 4000 keine Fäulniss eintreten lassen und dass in Lösungen von 1 : 2000 bis 1 : 1000 überhaupt keine Bacterien mehr aufkommen und bereits vorhandene sicher getödtet werden. Frischer Harn mit Methylviolett 1 : 10000 bis 1 : 32000 bei 25° C. im Wärmekasten zeigte nach 6 Tagen noch keinerlei Bacterien. — Stark antifermentative Wirkung bei 1 : 1000 bis 2000 (Malzferment).

Die Thierversuche ergaben überraschende Resultate betreffs der hohen Diffusionsfähigkeit der Stoffe. Bei Einträufelung in das Auge z. B. (1 : 1000) färbten sich Conjunctiva, Sclera und Iris; bei Injection in die Peritonealhöhle (Kaninchen bis zu 10 Ccm. 1 : 1000 noch keine krankhaften Erscheinungen) fand sich Peritoneum, Darm, Leber, Niere intensiv blau gefärbt. Blut und Blutgefässe blieben normal. Subcutan werden von Kaninchen 20 Ccm. einer 1‰ Lösung ohne jeden Schaden ertragen; im Futter fressen sie Anilin in grossen Mengen, grammweise, ohne jede Störung.

Die verschiedensten therapeutischen Versuche ergaben das glänzende Resultat, dass *eiternde Wunden und Geschwüre durch das Anilin sterilisirt wurden; die Eiterung wurde coupirt.* Bei Augenleiden, die S. als Professor der Augenheilkunde zunächst interessirten, zeigte sich, dass z. B. eine Hypopyonkeratitis durch einmalige Einträufelung coupirt wurde; ein über einen Monat bereits dauerndes scrophulöses Geschwür heilte von einem Tag zum andern, ebenso ein schlecht aussehendes Randgeschwür; gleich günstige Erfolge bei Blepharitis, Conjunctivitis, Phlyctaenen etc., sogar Kerat. parenchymatosa und selbst innere Leiden wie Iritis serosa, Ophthalmia sympathica wurden sehr günstig beeinflusst. — Auf chirurg. Gebiete brachte S. eine eitrige Nagelbettentzündung, die Schwellung des ganzen Fusses bewirkt, durch zweimaliges Touchiren des Eiterherdes (bis in die Tiefe) sofort zur Heilung; ebenso in wenigen Tagen Besserung grosser Unterschenkelgeschwüre. Auch Versuche bei Syphilis, Hautkrankheiten und Schankergeschwüren fielen sehr befriedigend aus. Als Nachtheil der neuen Behandlungsmethode ist zu erwähnen, dass man sich leicht die Hände blau färbt. Die Reinigung gelingt jedoch leicht durch Eau de Javelle oder besser durch Seifenspiritus.

Stilling hat sich mit der Firma *E. Merck* in Darmstadt in Verbindung gesetzt, um *Arsen-* und *Phenolfreie* Präparate zu erhalten. Mit Anilin imprägnirte Verbandstoffe (1‰ Gaze, Watte, Seide, blau und gelb), Anilinstifte, Anilinstreupulver (2% und 1‰, letztere für ophthalm. Zwecke, blau und gelb), Lösungen und Salben kommen in Verwendung. Das neue Anilinantisepticum wird *Pyoktanin* genannt und ein blaues wie ein gelbes Präparat in den Handel gebracht werden.

Germann.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 3. Januar 1890.

1) Dr. Bergmann demonstrirt eine 27-jähr. Pat., an welcher er eine Rhinoplastik ausgeführt hat. Zerstörung der Nase, grosser Defect im harten Gaumen, 10 Jahre nach luetischer Infection. B. meisselte vom Stirnbein eine dünne Knochenlamelle ab und pflanzte dieselbe aufs Nasenbein. Nach 8 Tagen entnahm er von der anderen Stirnseite einen Hautlappen hoch hinauf bis an die Haargrenze. Der Lappen erwies sich, wie so häufig, in der Folge doch noch zu kurz. B. liess nun vom hiesigen Zahnarzt Bahrs eine Celluloidnase anfertigen, welche vermittelst einer federartigen Vorrichtung in eine, den Defect im harten Gaumen ausfüllende Prothese hineinschnappt. Resultat äusserst zufriedenstellend, auch in kosmetischer Hinsicht. Die fest aufsitzende Knochenspange wird das sonst so gefürchtete Einsinken des Nasenrückens verhindern.

2) Dr. Werner-St. Petersburg (als Gast): „Ueber den Bau und die Einrichtung des St. Petersb. Börsenhospitals".

Am 6. December 1889 ist das unter der Leitung des Vortr. stehende Hospital nach 3-jähr. Bauzeit eröffnet worden. Vortr. demonstrirt an der Hand einer Skizze die einzelnen Gebäude und beschreibt deren Einrichtungen. Dieselben sind mit allem Comfort ausgeführt und entsprechen durchaus den wissenschaftlichen Errungenschaften der Neuzeit. Als ganz eigenartig hervorzuheben wäre die der hygienisch ungünstigen Bodenverhältnisse wegen durchgeführte Pfahlbautenanlage der Baracken. Um bei dieser Anlage eine gleichmässige Erwärmung zu ermöglichen, war die Legung einer aus verschiedenen combinirten Stoffen (geglühter Sand, Bretter, Filz, wieder Bretter etc. schliesslich zu oberst Asphalt) hergestellten Diele nothwendig. Jetzt ist die Temperaturdifferenz zwischen der Luft an der Diele und der Luft in Manneshöhe kaum ½°. Vom Tonnensystem wurde der freien Anlage wegen Abstand genommen, da ein Zufrieren des Tonneninhalts zu befürchten. Die Excremente gehen in die allgemeinen Abzugsröhren. Der Kostenaufwand des für 50 Betten eingerichteten Hospitals war ein bedeutender, 200,000 Rbl., trotzdem mehrere kostspielige Einrichtungen, wie die elektrische Beleuchtung und Wasserheizung nebst dazu gehöriger Ventilationsanlage für je eine Baracke, Geschenke sind.

Dr. Stavenhagen macht seine Bedenken gegen die Asphaltirung der Diele geltend. Asphalt würde leicht brüchig. Bezüglich der Fortschaffung der Abfallstoffe erwähnt St., dass die Spülung der Closets mit fliessendem Wasser wenigstens bei uns enorm theuer sei. In der hiesigen Augenheilanstalt hat sich das Tonnensystem als gut und billig vorzüglich bewährt; das Einfrieren sei doch wohl auch bei Freibauten durch Versenkung der Tonnen in die Erde zu verhüten.

3) Fortsetzung der Discussion über die Influenza-Epidemie.

Mehrere Redner theilen ihre Erfahrungen bezüglich der Häufigkeit an Erkrankungen von in geschlossenen Anstalten lebenden Personen mit. In Dr. Holst's Nervenheilanstalt ist niemand erkrankt. Ferner theilt Dr. Holst eine Beobachtung des Militärarztes Dr. Braudo mit, wonach ¾ der in der Citadelle stationirten Soldaten erkrankt waren, während in dem im nämlichen Gebäudecomplex befindlichen Gefängniss niemand befallen wurde.

Dr. Worms: Im hiesigen Siechenhause (65 Insassen) sind blos 2 Influenzafälle beobachtet.

Dem entgegengesetzte Erfahrungen sind in Rothenberg, im Nikolai-Armenhause und in 2 Kinder-Asylen gemacht worden, in welchen Anstalten zahlreiche Erkrankungen aufgetreten.

Dr. Werner und Dr. Schultz setzen einen Ansteckungsstoff in der Luft voraus; hierdurch lasse sich die Thatsache der geringen Erkrankungszahl der das Zimmer hütenden Personen erklären.

Wie wenig auch diese Frage klargestellt ist, geht aus einer Bemerkung Dr. Bergmann's hervor, wonach das grosse Schutzmannschafts-Corps in St. Petersburg, welches doch in ausgedehntem Maasse der Luft ausgesetzt ist, nur sehr wenige Erkrankungen aufgewiesen haben soll.

Aus Dr. Ed. Schwarz's Praxis berichtet Dr. Bernsdorff, dass dieser mehrere leichte Depressionszustände, mitunter mit Hallucinationen verbunden, beobachtet hat, bei welchen Erkrankungen als ursächliches Moment ein vorausgegangener Grippenanfall beschuldigt wurde. Pat. waren früher psychisch gesund gewesen.

Dr. Tiling: Eine gleiche Anamnese haben einzelne in der letzten Zeit in Rothenberg aufgenommene Kranke mitgebracht. Auch aus Dorpat und aus Wesenberg liegen gleiche Mittheilungen von Psychosen, angeblich im Anschluss an Influenza entstanden, vor.

Dr. Hampeln hat im allg. Krankenhause einen Anstaltsknecht, welcher früher gesund, speciell kein Alkoholiker gewesen, im Anschluss an einen incomplicirten Grippenanfall von recht heftiger Tobsucht befallen sehen. Nach 2 Wochen war Pat. wieder genesen.

Dr. Holst hat allerdings bei einigen schwereren Neurosen eine Steigerung der Krankheitssymptome bemerkt, aber das nicht in dem Maasse, um etwa die Influenza hierbei beschuldigen zu können. Auffallend ist ihm jedoch eine Häufung von apoplektischen Insulten gewesen, welche meist in ihren Erscheinungen schnell zurückgingen und dann nichts als grosse Schwäche zurückliessen. In diesen Fällen war in der Regel ein zweifelloser Grippenanfall vorausgegangen. Dr. Holst führt eine einschlägige Krankengeschichte an: rechtsseitige Hemiparese, bedeutende Sprachstörung bei einem bejahrten Manne, nach 3 Tagen jede Lähmung geschwunden, nach weiteren 4 Tagen Schlaganfall auf der anderen Seite, welche Symptome ebenfalls bald schwinden; jetzt nach ca. 4 Wochen kann sich Pat. von allgemeiner Schwäche, Schwindel etc. noch immer nicht erholen.

In ganz colossaler Menge sind in letzter Zeit Dr. Holst *Neuralgien*, und zwar in allen möglichen Nervengebieten, zur Behandlung gekommen. Die Schmerzen hatten mit oder nach einem Influenzaanfall eingesetzt.

Auch von anderen Seiten wird über zahlreiche Neuralgien Bericht erstattet.



Gehäufter Beobachtungen von verschiedenartigsten bei Grippeanfällen aufgetretenen *Exanthemen* wird Erwähnung gethan: Urticaria, masernartiges Exanthem, Erytheme, letztere bisweilen streng symmetrisch angeordnet, ferner Herpes, an Lippen und Nase sowohl als auch am Thorax. Nach Dr. Hampeln's Beobachtungen sind *Nieren*affectionen durch die Influenza nicht hervorgerufen worden. Analog anderen Infectionskrankheiten (Masern, Typhus exanth.), bei denen mit Vorliebe die Luftwege catarrhalisch erkranken, scheint die Niere bei der in Rede stehenden Krankheit intact zu bleiben. Bezüglich der auf der vorigen Sitzung erwähnten zahlreichen Aufnahmen von pleuritischen Ergüssen muss auch heute noch die gleiche Thatsache constatirt werden. In der chirurgischen Abtheilung des allg. Krankenhauses befinden sich zur Zeit ca. 20 wegen Empyem der Brusthöhle Operirte. Der Krankheitsverlauf ist ebenfalls noch immer ein auffallend schwerer.

Dr. Krannhals: Im allg. Krankenhause sind 2 wegen Empyem Operirte gestorben. Die Sectionen zeigten das auffallende Bild einer Entzündung fast sämmtlicher seröser Häute. In einem Falle (Knabe, schon als genesen anzusehen, erkrankt unter peritonitischen Erscheinungen, stirbt) erwies sich die operirte Brusthälfte als völlig ausgeheilt, während in der anderen Pleura sich ein sero-fibrinöser Erguss fand, ferner Pericarditis, Peritonitis.

Als casuistisch bemerkenswerth erwähnt Dr. Deubner folgenden Fall: Gesunder Mann, erkrankt an Influenza, legt sich jedoch nicht zu Bett trotz anhaltenden Unwohlseins. Nach Ablauf von 4 Wochen hinzugerufen, constatirt Dr. Deubner: Gelenkrheumatismus, rechtsseitige Pneumonie, links pleuritischer Erguss, Endocarditis und wahrscheinlich auch Pericarditis. Höchste Temp. 38,9.

Dr. Voss bestätigt die auf der vorigen Sitzung von anderer Seite gemachte Mittheilung bezüglich der auffallend grossen Menge von *Otitis media acuta*. Verlauf meist schwer.

Dr. Mercklin erwähnt, dass in Rothenberg und (nach Dr. Westermanns's Mittheilungen) im sog. 2. Kinderasyl im Anschluss an Influenzafälle eine auffallende Häufung von *Erysipel*erkrankungen aufgetreten sei. In der Dr. Deubner unterstellten Erysipel-Abtheilung des allg. Krankenhauses ist eine in die Augen springende Zunahme der Frequenz nicht bemerkt worden. z. Z. Secretär: J. Bernsdorff.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— M. G. Sée: Ueber die Wirkung von Coffein auf die Bewegungs- und Respirationsfunctionen im normalen Zustand und im Stadium der Inanition. Das Coffein, in kleinen, häufig wiederholten Dosen, c. 0,06 täglich, erleichtert die Muskelarbeit, indem es nicht die Muskelthätigkeit, sondern die Thätigkeit des den Bewegungen vorstehenden Nervensystems — sowohl des cerebralen wie spinalen — erhöht. Es verhindert die auf die Anstrengung folgende Athemnoth und das Herzklopfen. Es hat nicht die Fähigkeit — wie man früher glaubte — Nahrungsmittel zu ersetzen, es ersetzt nur die durch die Nahrungsaufnahme bedingte tonische Erregung. Bei einem Menschen, der im Stadium der Inanition sich befindet, wird daher sehr bald auf die zeitweilige Erregung eine Erschöpfung folgen. — Betreffs der Wirkung des Coffeïns auf das Herz und die Blutgefässe ergiebt sich nach Gautier, dass Coffein und Theobromin mit einander verwandt sind, da ersteres nichts anderes als Methyltheobromin und Trimethylxanthin darstellt. (Sem. méd. № 11.) —i—

— Gutteling (Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk 1889, I, № 17) empfiehlt warm Gaben von 10,0—20,0 G. Jodkalium pro die besonders bei frischen Fällen von Psoriasis vulgaris; tritt eine gute Wirkung trotz Steigerung der Dosen hierbei nicht ein, so hilft diese Behandlungsweise überhaupt nicht. Die kürzeste Behandlungsdauer in den 5 geheilten Fällen betrug etwas mehr als 14 Tage, die längste 4½ Monate; ernste Nebenerscheinungen wurden nie gesehen. (Therap. Monatsh. 6).

— Angeregt durch die von Baccelli (2) und Paolini (1) mitgetheilten Fälle von *Heilung des Tetanus traumaticus mittelst subcutaner Carbolsäureinjectionen*, referirt A. Bidder (Berlin) über einen von ihm vor 15 Jahren behandelten Fall von subacutem traum. Tetanus, in welchem diese Injectionen gemacht wurden und wohl mit zur Genesung beitrugen. 3½jähr. Kind eines Arbeiters einer Düngerfabrik; Maschinenverletzung der Finger der linken Hand; in 13 Tagen die Wunde fast geheilt, dann Tetanus und Trismus. Besserung unter Carbolcompressen (5%) auf die Wunde und Chloral innerlich, aber erst nach Injection von 2 halben Spritzen 2% Carbollösung in die Nähe der Wunde nahm diese ein normales Aussehen an und es trat rasche Heilung ein. (D. med. Woch. № 11.)

— *Kreosotpillen*. (Schoper Neederl. voor Pharm. nach Pharm. Z. 1890 № 10). Rp. Kreosoti 1,0, Extr. Coffeae 1,5, Pulv. Liquir. q. s. ad pillul. 20. Das Extr. Coffeae kann durch Extr. Gentian. ersetzt, der üble Geruch durch Dragirung oder Bestreuung der Pillen mit Kaffeepulver verdeckt werden. (Ther. Mon. № 3.)

— Gegen *rissige Hände* empfiehlt Steffen (Corresp. f. Schw. Aerzte 1890 № 2) Rp. Mentholi 1,5, Saloli 2,0, Ol. Olivar. 2,0, Lanolin. 50,0. Mf. Ung. — 2 Mal täglich einzureiben.

— Im „Clinical Reporter" wird eine Lösung von Chloral. hydrat. 3,0 auf Aq. dest. 30,0 gegen Schuppen der Kopfhaut und Ausfallen der Haare empfohlen. (D. Med.-Ztg. № 20.)

Vermischtes.

— Am 27. April wurden es 50 Jahre, seit unser hochgeschätzter College Dr. William Higginbotham nach absolvirtem Examen in Würzburg auf der Julio-Maximilian-Universität nach Vertheidigung seiner Dissertation „de peritonitide foetus" zum Doctor der Medicin promovirt wurde. Zur Feier dieses Tages hatte sich ein Kreis von Freunden und Collegen in der Wohnung des Jubilars eingefunden, dem Baron v. Lamezan, Generalconsul des deutschen Reiches in St. Petersburg, mit einer herzlichen, beglückwünschenden Ansprache das *Ehrendoctor-Diplom* der Würzburger Universität überreichte. — Indem wir auch unsererseits dem verehrten Jubilar zu dem schönen Fest, das nur wenigen Collegen zu feiern vergönnt wird, unseren herzlichsten Glückwunsch darbringen, hoffen wir, dass ihm die körperliche und geistige Frische, die er sich trotz so langjähriger, aufopfernder und aufreibender ärztlicher Thätigkeit zu erhalten gewusst hat, noch viele Jahre bewahrt bleiben möge.

— Wie verlautet, beabsichtigt der Chef der militär-medicinischen Academie, Geheimrath A. M. Bykow, wegen zerrütteter Gesundheit seinen Abschied zu nehmen.

— Der ordentliche Professor der Histologie und Embryologie an der Universität Charkow, Staatsrath Dr. Kutschin, ist in der *Würde eines Professor emeritus bestätigt* worden.

— Der ausserordentliche Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie in Charkow, Dr. Jassinski, ist *zum ordentlichen Professor ernannt* worden.

— Zum Professor der Pharmakologie an der militär-medicinischen Academie ist an Prof. Ssuschtschinski's Stelle der Privatdocent der Academie Dr. J. P. Pawlow, ein früherer Assistent Prof. Botkin's, gewählt worden. Auffallender Weise ist der langjährige Assistent beim Lehrstuhl der Pharmakologie, Privatdocent Dr. S. A. Popow, welcher seit einem Jahre bereits auch die Vorlesungen über Pharmakologie gehalten hat, zurückgesetzt worden.

— Dr. N. J. Tschistowitsch hat sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie als *Privatdocent für interne Medicin* an der genannten Academie habilitirt.

— Der jüngt verstorbene Prof. V. Besser, welcher eine Wittwe und 3 erwachsene Söhne hinterlassen, hat einen ansehnlichen Theil seines Vermögens, nämlich 100,000 Rbl., für wohlthätige Zwecke testamentarisch vermacht. Von dieser Summe sind, wie der Sohn des Verstorbenen dem „Wratsch" mitgetheilt hat, 80,000 Rbl. zu Stipendien bei Lehranstalten bestimmt. Aus den Procenten dieses Capitals wird bei den medicinischen Facultäten der Universitäten Warschau, Kiew und Moskau, sowie bei der militär-medicinischen Academie je ein Stipendium im Betrage von 400 Rbl. gestiftet, von denen 350 Rbl. jährlich den Stipendiaten ausgezahlt werden, während die übrigbleibenden 50 Rbl. mit den Procenten ihm erst nach Absolvirung des Cursus ausgehändigt werden. Ebenso ist für 8 Gymnasien, und zwar in Wilna, Shitomir, Kamenez-Podolsk, Kiew, Minsk, Nemirow, an einem Moskauer und einem St. Petersburger Gymnasium je ein Stipendium im Betrage von 250 Rbl. ausgesetzt, von denen der Stipendiat 200 Rbl. jedes Jahr erhält und 50 Rbl. zurückgelegt werden, welche demselben mit den aufgelaufenen Zinsen ebenfalls erst bei Beendigung des Gymnasialcursus ausgehändigt werden. Stipendiaten können nur mittellose Personen christlicher Confession sein. So lange die Wittwe des Verstorbenen lebt, wird die Wahl der Stipendiaten von ihr abhängen, nach ihrem Tode aber geht dieses Recht auf die Conseils der Universitäten und Gymnasien, sowie auf die Conferenz der militär-medicinischen Academie über. Ausser diesen Stipendien hat Prof. Besser 20,000 Rbl. für verschiedene wohlthätige Gesellschaften vermacht, darunter 1000 Rbl. für die medicinische Unterstützungscasse und 1000 Rbl. für die Gesellschaft zur Unterstützung unbemittelter Studenten der militär-medicinischen Academie.

— *Verstorben:* 1) In Petrikau der Gouvernements-Medicinalinspector Dr. Xaverius Mjanowski im 62. Lebensjahre. 2) Am 17. April in Odessa der Gehülfe des dortigen Medicinalinspectors, wirkl. Staatsrath Dr. Paul Zimmermann, 79 Jahre alt. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung in Moskau erhalten, wo er i. J. 1833 den Arztgrad erlangte. Nachdem er anfangs in Moskau, dann in Pensa Hospitalarzt gewesen war, wurde er 1858 zum Operateur der Odessa'schen Medicinalverwaltung und 1877 zum Gehülfen des Medicinalinspectors ernannt, welches Amt er bis zu seinem Lebensende bekleidete. Zimmermann hat in Gemeinschaft mit Dr. Mien die pathologische Anatomie Rokitanski's in's Russische übersetzt. 3) Im Gouv. Kielce Dr. Constantin Mühler, ein früherer Assistent Prof. Hyrtl's in Wien, im 65. Lebensjahre. 4) In Moskau der dortige praktische Arzt Const. Sokologorski im 77. Lebensjahre. Nach Absolvirung des Cursus in Charkow setzte der Verstorbene seine Studien im Auslande fort, wo er sich für eine Professur an der medico-chirurgischen Academie vorbereitete. Als er sie aber bei seiner Rückkehr nach Russland nicht

XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,

St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 19 St. Petersburg, 12. (24.) Mai **1890**

Zweiter Aerztetag
der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der zweite Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte findet **in Wenden** statt und währt **vom 27. bis 29. August** d. Jahres. Vorträge, deren Dauer statutenmässig auf 15 Min. angesetzt ist, bitte ich unter genauer Angabe des Themas und kurzer Wiedergabe des Inhaltes baldmöglichst, spätestens aber bis zum 1. Juli c. bei mir anzumelden.

Fellin, den 20. April 1890.

Im Namen der Gesellschaft livländischer Aerzte
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Fellin.

Der Pulsus bigeminus als Grundform des intermittirenden Pulses.

Von
Prof. Dr. K. Dehio,
Director der Universitätsabtheilung des Bezirkshospitals in Dorpat.

(Nach einem in der Versammlung der Medicinischen Facultät am 22. März 1890 gehaltenen Vortrag.)

Soviel auch schon über die arhythmische Herzthätigkeit im Allgemeinen und über den Pulsus bigeminus und alternans im Speciellen geschrieben worden ist, so ist es doch bis jetzt nicht gelungen, einen gemeinsamen Gesichtspunct zu finden, von dem aus alle die verschiedenen Formen der unregelmässigen Herzthätigkeit beurtheilt werden könnten. Für keine einzige Art der Herzarhythmie lässt sich eine besondere, dieser allein zukommende pathologische Veränderung am Herzen oder eine sonstige specifische Ursache finden, und noch viel weniger kennt man eine etwaige gemeinsame Causa movens, welche allen verschiedenen Formen der irregulären Herzthätigkeit zu Grunde läge.

Es ist das Verdienst Nothnagel's[1]) gezeigt zu haben, dass bei den allerverschiedensten Erkrankungen des menschlichen Organismus — nicht bloss des Herzens — Arhythmie der Herzthätigkeit auftreten kann; und bei allen diesen Erkrankungen können wiederum alle Formen der Irregularität erscheinen, ohne dass wir wissen, warum im einen Fall diese, im anderen jene Art der Arhythmie vorhanden ist. *Vom ätiologischen Standpuncte aus lässt sich also die Wesensgleichheit oder auch nur die innerliche Verwandtschaft der verschiedenen Fälle von Herzarhythmie nicht beweisen.* Ich möchte hier nicht missverstanden werden. Es ist selbstverständlich, dass im letzten Grunde alle Formen der irregulären Herzthätigkeit auf eine Störung im complicirten nervösen Apparat zurückgeführt werden müssen, welcher der automatischen Herzthätigkeit vorsteht und dieselbe regulirt; ich meine nur, dass eben die Ursachen dieser Störung sehr verschiedenartig sind, und dass wir nicht berechtigt sind, a priori für alle Formen der Herzarhythmie die gleichen Veränderungen im nervösen Apparat des Herzens anzunehmen.

Auch bei der rein äusserlichen Beurtheilung der unregelmässigen Herzthätigkeit *nach der Form,* in der dieselbe auftritt, ist bis jetzt durch verschiedene Autoren, wie Riegel[2]), Schreiber[3]), Sommerbrodt[4]) nur nachgewiesen worden, dass die verschiedenen Arten des unregelmässigen Pulses mit einander wechseln und einander ablösen können, aber *darauf, ob sich Uebergangsformen finden, welche einen inneren Zusammenhang der verschiedenen Formen der arhythmischen Herzthätigkeit erkennen lassen, ist bis jetzt meines Wissens nicht genügend geachtet worden.* Nach wie vor stehen die verschiedenen Formen der Arhythmie in den Lehrbüchern neben einander aufgezählt und je genauer beobachtet wurde, desto mehr Arten und Unterarten sind aufgestellt worden, die den Anfänger verwirren und dem erfahrenen Beobachter als unnützer Ballast erscheinen, weil er sie weder diagnostisch noch prognostisch verwerthen kann.

Wir werden wohl auch jetzt gut thun, uns an die von Nothnagel (l. c.) aufgezählten Hauptformen der arhythmischen Herzthätigkeit zu halten und erstens den *Pulsus bigeminus und alternans,* zweitens die vollständige und unvollständige *Irregularität* des Pulses und drittens die *Intermittenz* des Pulses zu unterscheiden. Im Interesse des

---

[1]) H. Nothnagel: Ueber arhythmische Herzthätigkeit. Deutsches Arch. f. klinische Med. Bd. 17. 1876.

[2]) Cfr. die gelegentlichen Aeusserungen von
Riegel: Zur Lehre von der arhythm. Herzthätigkeit. Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 18, pag. 105 (1876) und
Derselbe: Ueber den Pulsus bigeminus und alternans. Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 20, pag. 489 (1877).

[3]) Schreiber: Ueber den Pulsus alternans. Archiv f. experimentelle Pathologie und Pharmakologie Bd. 7, pag. 362 und pag. 363 (1877).

[4]) Sommerbrodt: Ueber Allorhythmie und Arhythmie des Herzens und deren Ursachen. Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 19, pag. 419 (1877).

besseren Verständnisses dieser Arbeit möchte ich nur noch daran erinnern, dass man, wie schon von Nothnagel hervorgehoben wurde, zwischen der wahren und falschen Intermittenz unterscheiden muss und dass auch der sog. Pulsus intercidens als eine Unterart der Pulsintermittenz betrachtet wird. Bei der *wahren Intermittenz* fällt ein Pulsschlag und die ihm entsprechende Herzaction vollständig aus (daher auch Pulsus deficiens genannt); bei der *falschen Intermittenz* ist zwar kein Puls mehr in der Arterie zu fühlen, aber bei der gleichzeitigen Auscultation des Herzens nimmt man doch noch eine frustrane Contraction des letzteren wahr, welche dem fehlenden Pulschlage entspricht (Pulsus intermittens im engeren Sinne); beim *Pulsus intercidens* schiebt sich in die regelmässige Schlagfolge der Arterienpulse plötzlich ein zu früh kommender Puls ein, auf den dann eine längere Pause folgt.

Was nun den *Pulsus bigeminus und alternans* betrifft, so ist er, seit Traube[5]) ihn zuerst beschrieb, von allen Formen der irregulären Herzthätigkeit wohl am meisten und gründlichsten untersucht und besprochen worden. Wir verstehen unter dem Pulsus bigeminus diejenige Pulsform, bei welcher zwei Pulsschläge rasch auf einander folgen und dann durch eine längere Pause von dem folgenden Pulspaar getrennt sind. Es sind dabei gleichsam zwei Pulsschläge zusammengekoppelt, und sehr oft bemerkt man, dass der zweite Schlag des so entstehenden Pulspaares merklich schwächer ist als der erste. Es wechseln also starke und schwache Schläge mit einander ab, was als Pulsus alternans bezeichnet wird. Der Pulsus bigeminus ist also sehr oft gleichzeitig ein Pulsus alternans, ja ich gestehe, dass mir noch nie ein Pulsus bigeminus vorgekommen ist, bei dem nicht gleichzeitig die zweite Pulswelle des zusammengehörigen Paares kleiner gewesen wäre als die erste. Ich halte daher in Uebereinstimmung mit Schreiber (l. c.) beide Pulsarten für sehr nahe verwandt und die principielle Trennung, welche Riegel zwischen ihnen aufgestellt hat, für nicht ganz den Thatsachen entsprechend.

Das lebhafte Interesse, welches der Pulsus bigeminus auf sich zog, erklärt sich nicht bloss daraus, dass diese Pulsart sich durch ihre eigenthümliche Beschaffenheit sehr deutlich von allen übrigen Formen des arhythmischen Pulses unterscheidet, sondern ist auch darin begründet, dass es gelungen ist, denselben bei Thieren auf dem Wege des Experimentes hervorzurufen und so den Bedingungen näher zu treten, unter denen er zu Stande kommt. Es liegt ausserhalb des Rahmens dieser Arbeit, auf die experimentellen Untersuchungen von Traube[6]), Schreiber (l. c.), Knoll[7]) u. A. näher einzugehen; soviel dürfte feststehen, dass der Pulsus bigeminus überall da auftreten kann, wo die Kraft der Herzcontractionen den Widerständen des intracardialen Blutdruckes nicht mehr völlig gewachsen ist, wo also ein Missverhältniss zwischen der disponiblen Herzkraft einerseits und der dem Herzen auferlegten Kraftleistung andererseits zu Ungunsten der ersteren vorhanden ist. Dass ein solches Missverhältniss sowohl durch eine übermässige Steigerung des arteriellen Blutdruckes bei normaler Herzkraft, als auch bei nicht erhöhtem Blutdruck durch eine Abnahme der Energie des Herzens entstehen kann, liegt auf der Hand und ist für die Entstehung des Pulsus bigeminus gleichgültig. Endlich muss anerkannt werden, dass derselbe auch durch nervöse Einflüsse hervorgerufen werden kann, wie das Auftreten desselben bei Erkrankungen des centralen Nervensystems beweist.

Ich bin auf die Lehre vom *Pulsus bigeminus und alternans* aus dem Grunde näher eingegangen, weil *ich glaube und zu beweisen hoffe, dass diese Pulsform bei der Entstehung der Herzarhythmie und speciell der Herzintermittenz eine viel wichtigere Rolle spielt, als bisher angenommen wurde.*

Wenn man nur die *continuirliche Bigeminie* der Herzaction in Betracht zieht, bei der das Herz in anhaltender Folge die besprochenen Doppelschläge ausführt, so ist diese Pulsform nicht sehr häufig anzutreffen. Um so öfter stösst man dagegen auf solche Fälle, wo die regelmässige oder manchmal auch unregelmässige Herzthätigkeit plötzlich von einem isolirt dastehenden Doppelschlage unterbrochen wird, auf welchen eine etwas längere Pause folgt; auscultirt man das Herz während dessen, so erkennt man leicht, dass das Herz dabei rasch hinter einander zwei Contractionen ausführt und dann in eine längere diastolische Ruhe verfällt; dem entsprechend hört man nicht, wie gewöhnlich, zwei Herztöne mit nachfolgender Pause, sondern vier Töne, die sich ohne ein längeres trennendes Intervall an einander schliessen; an dem acustischen Charakter der Töne erkennt man leicht, dass der erste und dritte Ton systolisch sind, der zweite und vierte dagegen durch den diastolischen Klappenschluss verursacht werden; entsprechend der geringeren Kraft der zweiten Herzaction ist der dritte und vierte Ton des Bigeminus leiser als der erste und zweite. Nach Ablauf der dem Bigeminus folgenden Pause arbeitet das Herz wieder im ursprünglichen Rhythmus weiter, bis sich nach längerer oder kürzerer Zeit dasselbe Spiel wiederholt. Wenn ein Spitzenstoss überhaupt gefühlt werden kann, so bemerkt man, dem Doppelschlage entsprechend, einen normal starken und unmittelbar darauf einen schwachen Stoss, von denen der erstere synchron mit dem ersten, der letztere synchron mit dem dritten der auscultirten Töne erfolgt. Der Radialpuls zeigt dieselben Erscheinungen, wie der Spitzenstoss, indem auch hier die regelmässige Schlagfolge durch einen raschen Doppelschlag mit nachfolgender längerer Pause unterbrochen wird; stets ist dabei die zweite Welle des Doppelschlages kleiner als die erste. Wie man sieht, tragen solche vereinzelte, in die gewöhnliche Schlagfolge des Herzens eingesprengte Doppelschläge alle Charaktere des Pulsus bigeminus und alternans an sich und ich möchte sie deshalb als *intercurrente Pulsus bigemini* bezeichnen zum Unterschiede von dem schon erwähnten continuirlichen Pulsus bigeminus. Wie man sieht, handelt es sich hierbei um dasselbe Phänomen, welches die Autoren als Pulsus intercidens beschrieben haben; ich glaube, dass das Wesen dieses letzteren durch die von mir soeben vorgeschlagene Bezeichnung besser charakterisirt wird. Bei etwas flüchtiger Untersuchung kann der zweite, kleinere Pulsschlag leicht übersehen werden, wobei dann die folgende längere Pause den Anschein einer richtigen Intermittenz des Pulses hervorruft.

Sehr oft fühlt man auch bei der grössten Aufmerksamkeit an der Radialarterie den zweiten Schlag des Bigeminus nicht mehr, während am Herzen doch alle soeben beschriebenen Erscheinungen (4 rasch einander folgende Herztöne, ein starker und ein rasch nachfolgender schwacher Spitzenstoss) unverändert fortbestehen. Das Verhalten der Herztöne lässt sich am besten durch folgendes Schema versinnbildlichen:

´ ´ ´ ´ ´
— ‿ — ‿ — ‿ — ‿ . . . . — ‿ — ‿

Die ersten (systolischen) Herztöne sind durch einen horizontalen Strich, die zweiten (diastolischen) durch ein Häkchen angedeutet; die auf den intercurrenten Bigeminus folgende längere Pause ist durch die punctirte Linie bezeichnet und die geringere Tonstärke der dem zweiten Schlage des Bigeminus angehörigen Töne ist durch die geringere Grösse des entsprechenden Striches und Häkchens ausgedrückt. Die Accente bedeuten die fühlbareren Pulsschläge der Radialarterie. Untersucht man nun in solchen Fällen den Puls der Carotis, so gelingt es manchmal den zweiten Schlag des Bigeminus in dieser Arterie noch zu fühlen, während er in der Arteria radialis schon verschwunden ist. Oft aber fühlt man ihn auch in der Carotis nicht mehr, und

[5]) Traube: Berl. klin. Woch. № 16 und 19. 1872.
[6]) Gesammelte Beiträge zur Pathologie und Physiologie Bd. I.
[7]) Beiträge zur Kenntniss der Pulscurve. Arch. f. experiment. Pathologie und Pharmakologie Bd. 9. 1878.



wir haben dann für den palpirenden Finger eine richtige Intermittenz des Pulses vor uns. Die Auscultation der Herztöne und die Palpation der Herzspitze liefert jedoch mit aller Sicherheit den Beweis, dass ein vollkommenes Aussetzen des Herzens nicht vorliegt, sondern dass dasselbe einen Doppelschlag im Rhythmus des Bigeminus ausführt, bei dem nur die zweite Contraction so schwach ist, dass sie entweder gar keinen fühlbaren Arterienpuls mehr erzeugt oder nur noch im Stande ist in den grössten, dem Herzen nahe gelegenen Arterien, wie in der Carotis, eine fühlbare Pulswelle zu erzeugen. Dass übrigens auch in den peripheren Arterien die Pulswelle nicht völlig erloschen ist, lässt sich mit dem Sphygmograph mit unumstösslicher Sicherheit nachweisen, denn derselbe zeichnet den zweiten Schlag des Pulsus bigem. noch sehr deutlich auf, auch wenn der palpirende Finger ihn nicht mehr fühlen kann. Das sind diejenigen Fälle, welche Nothnagel als «falsche» Intermittenz bezeichnet hat, und für welche meine Curve I. ein gutes Beispiel liefert (cfr. die mit einem Kreuzchen bezeichnete Stelle). *Wir haben es also hier wieder mit einem Pulsus bigeminus zu thun,* der sich nur dadurch von der vorher beschriebenen Pulsform unterscheidet, dass hier die zweite Herzaction desselben so schwach geworden ist, dass der die Arterie controlirende Finger sie nicht mehr wahrnimmt. — Seit ich dem Vorkommen der Pulsintermittenz und dem Verhalten des Herzens bei derselben eine grössere Aufmerksamkeit schenke, bin ich zu der Ueberzeugung gekommen, dass *diese Art des aussetzenden Pulses bei weitem am häufigsten vorkommt.* Wenn man es sich zur Regel macht, in allen Fällen von intermittirendem Puls stets gleichzeitig den Puls zu fühlen und das Herz zu auscultiren, so wird man meine Beobachtung leicht bestätigen können.

Es giebt nun noch weitere Modificationen dieser Pulsform: Je schwächer die zweite Herzcontraction des Bigeminus wird, desto leiser werden auch die entsprechenden Herztöne und sehr oft kommt es vor, dass der diastolische Ton der zweiten Herzaction überhaupt nicht mehr hörbar ist. Der Pulsintermittenz entspricht dann nur noch *ein* mit der frustranen Systole des Herzens isochroner Ton, der sich unmittelbar an die beiden Töne des vorhergehenden starken Pulses anschliesst. Es werden also nun nicht mehr 4, sondern nur noch *drei* rasch auf einander folgende Töne gehört, welche sich nach dem von mir schon benutzten Schema folgendermaassen versinnbildlichen lassen:

–́ ⌣ –́ ⌣ –́ ⌣ – . . . . . . –́ ⌣ –́ ⌣

Auch hier lässt der Sphygmograph noch deutlich eine kleine Pulscurve erkennen, welche der frustranen Herzcontraction entspricht, aber freilich niedriger ist als in den Fällen, wo noch 4 deutliche Herztöne zu hören sind. *Es ist also der Typus des Pulsus bigeminus noch immer zu erkennen, wenngleich er schon recht abortiv geworden ist* (cfr. Curve III. an der mit einem Kreuz bezeichneten Stelle).

Von hier zu der wahren, vollständigen Intermittenz ist nur noch ein Schritt. Dieselbe tritt ein, wenn der zweite Schlag des Pulsus bigeminus nicht mehr nur sehr schwach oder frustran ist, sondern mit den gewöhnlichen klinischen Untersuchungsmitteln überhaupt nicht mehr nachgewiesen werden kann. Man bemerkt dann in der Arterie nicht blos mit dem palpirenden Finger eine Intermittenz, sondern auch der Sphygmograph lässt keine auch noch so kleine Pulswelle mehr im absteigenden Schenkel des vorhergegangenen vollen Pulses erkennen. Solche wahre Intermittenzen sind in der Curve IV. an den mit einem Kreuz bezeichneten Stellen zu sehen. Auch bei der Auscultation des Herzens hört man während der Pulspause keine Spur eines Tones mehr und auch ein Spitzenstoss lässt sich in der Pause nicht wahrnehmen. Auscultatorisch macht sich die Herzaction nach unserem Schema etwa folgendermaassen:

–́ ⌣ –́ ⌣ . . . . –́ ⌣ –́ ⌣

Wir haben es also hier mit einer «wahren» Intermittenz (Pulsus deficiens der Autoren) zu thun. Natürlich lässt es sich in Fällen dieser Art nicht mehr direct beweisen, dass es sich nur um eine Erscheinungsform des Pulsus bigeminus handelt, denn alle Reste des zweiten, schwächeren Herzschlages sind hier vollkommen verschwunden. Wenn man aber sieht, wie die verschiedenen Modificationen des Pulsus bigeminus sich nur dadurch von einander unterscheiden, dass der zweite Herzschlag successive schwächer und schwächer wird, so liegt der Gedanke logisch nahe, dass schliesslich Fälle eintreten müssen, wo der zweite Schlag so schwach wird, dass er überhaupt nicht mehr nachgewiesen werden kann. Oder physiologisch gesprochen: *Die Innervationsstörung, welche dem Pulsus bigeminus zu Grunde liegt, muss in ihren höchsten Graden zu einer vollkommenen Unterdrückung des zweiten Herzschlages des Bigeminus führen und somit eine vollständige, wahre Intermittenz des Pulses bewirken.* Damit wäre die *genetische Verwandtschaft der wahren Pulsintermittenz mit dem Pulsus bigeminus* zum Ausdruck gebracht. Der Gedanke, dass allen den hier besprochenen Pulsformen *eine wesentlich gleiche und nur quantitativ und graduell verschiedene Ursache* zu Grunde liegt, drängt sich auch unwillkürlich auf, wenn man sieht, wie in vielen Fällen (z. B. auch in Curve III. und IV.) die verschiedenen Grade der Bigemini nicht nur unter einander, sondern auch mit vollkommenen Intermittenzen fortwährend wechseln.

Interessant ist noch eine Beobachtung, die man bei Herzklappenfehlern, welche mit einem systolischen Geräusch verbunden sind, öfters machen kann, falls bei ihnen Bigemini auftreten. Man hört dann das systolische Geräusch sehr deutlich beim ersten, kräftigen Schlage des Bigeminus; beim zweiten, schwächeren Schlage jedoch ist das Geräusch manchmal nur leise, oft auch gar nicht zu hören — offenbar deshalb, weil der durch die zweite Herzcontraction bewirkte Austritt des Bluts aus dem Ventrikel nicht mehr energisch genug ist, um auscultatorisch wahrnehmbare Wirbelbewegungen des Blutes zu erzeugen.

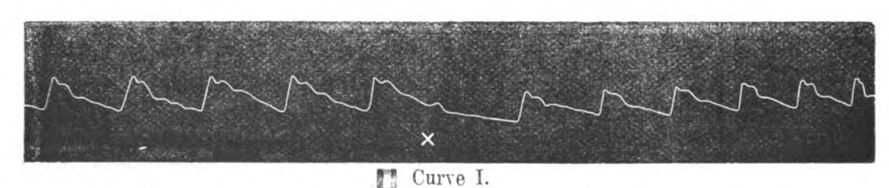
Ich glaube somit gezeigt zu haben, *dass vom gewöhnlichen typischen Pulsus bigeminus bis zur wahren Intermittenz des Herzens eine continuirliche Reihe von Uebergangsformen hinüberleitet, die alle als Abstufungen des intercurrenten Pulsus bigeminus aufzufassen sind.* Ich glaube ferner nachgewiesen zu haben, dass auch *die wahre Herzintermittenz* ihrem Wesen nach als *die höchste Steigerung der Bigeminie* der Herzaction angesehen werden kann.

Die bedeutsame Rolle, welche die intercurrente Bigeminie bei dem Zustandekommen der Pulsarhythmien überhaupt spielt, zeigt sich auch darin, dass *scheinbar ganz regellose Schlagfolgen* des Herzens bei genauerer Analyse der Pulscurven oft deutlich erkennen lassen, dass sie *nur durch sehr häufiges und gedrängtes Auftreten des Pulsus bigem. hervorgerufen* werden. Ein Beispiel hierfür bietet die Curve III. In derselben ist nach je 1—2 regelmässigen Pulsen stets ein Pulsus bigem. eingeschoben, bei dem aber der zweite Schlag bald stärker, bald schwächer ausgedrückt ist, so dass ihn der Finger an der Radialarterie zuweilen als schwachen Impuls fühlte und zuweilen garnicht wahrnahm. Dadurch entstand ein kaum zu entwirrendes Gemisch von starken und schwachen Schlägen, welche bald zu langsam, bald zu rasch, bald in normalen Abständen erfolgten, aber durchaus nicht den Eindruck einfacher Bigemini hinterliessen. Und dennoch zeigt die Betrachtung der Curve, dass es sich in der That nur um eine häufige Intercurrenz dieser Pulsform handelt.

Wenn uns somit die klinische Beobachtung gelehrt hat, dass *der Pulsus bigeminus eine der häufigsten Formen der Arhythmie der Herzthätigkeit repräsentirt, und dass oft auch die s. g. Irregularität der Herzaction nur eine Erscheinungsform des intercurrenten Pulsus bigeminus ist,* so bin ich mir sehr wohl bewusst, dass damit über die eigentliche Ursache dieser Pulsform nichts gesagt ist. Letztere zu ergründen ist Aufgabe der experimentellen Pathologie

und pathologischen Anatomie. Nur diese Disciplinen werden vielleicht im Stande sein Licht hinein zu tragen in das dunkle Gewirr von Ursachen und Wirkungen, um die es sich hier handelt. Indem die klinische Beobachtung jedoch, wie ich zu zeigen versucht habe, die Wesensgleichheit vieler Formen der arhythmischen Herzthätigkeit erkennen lässt, weist sie dem Experiment den Weg und erwirbt sich das Verdienst, die Aufgaben desselben wesentlich zu vereinfachen. Wenn die experimentelle Forschung die Genese des Pulsus bigeminus aufgeklärt haben wird, wozu nach den bisher erzielten Resultaten vielleicht Aussicht vorhanden ist, so wird sie damit zugleich auch die Ursachen der Pulsintermittenz überhaupt und vieler Formen des irregulären Pulses erkannt haben.

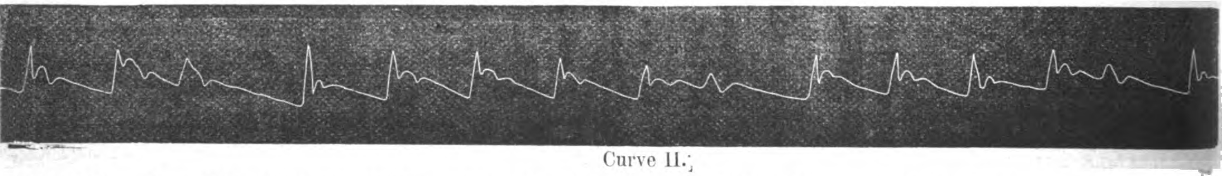
Zur Erläuterung der in dieser Arbeit ausgesprochenen Ansichten sei es mir gestattet aus der grossen Menge einschlägiger Beobachtungen, die ich gesammelt habe, einige durch Pulscurven illustrirte Fälle anzuführen.



Curve I.

Fall I (cfr. Curve I). Frl. B., 37 Jahre alt, Gouvernante, fühlt sich seit $^1/_2$ Jahr angegriffen, ist beständig müde und psychisch sehr reizbar geworden. Beständiges Ohrenklingen und oft Flimmern vor den Augen. Des Nachts oft Anfälle von Herzklopfen mit schmerzhaftem Druckgefühl in der Herzgegend; zugleich oft anfallsweise Schmerzen im Epigastrium, welche von dort in den Rücken ausstrahlen.

Die objective Untersuchung ergab einen mässigen Grad von Anämie und Abmagerung. Leichte Druckempfindlichkeit der Herzgrube. Appetit gut, Menses in Ordnung. Am Herzen ist eine geringe Erweiterung der Dämpfung nach rechts bis zur Mitte des Sternum zu constatiren, sonst nichts Abnormes, Herztöne rein. Bei der Palpation der Radialarterie bemerkt man, dass ab und zu ein Pulsschlag ausfällt, jedoch zeigt die sphygmographische Curve, dass es sich nur um eine falsche Intermittenz handelt, bei der sich noch eine im Rhythmus des Pulsus bigeminus erfolgende frustrane Herzcontraction vorfindet, welche sich auch in der Curve (an der mit einem Kreuzchen bezeichneten Stelle) deutlich markirt.



Curve II.

Fall II (cfr. Curve II). Veterinärarzt R., 28 Jahre alt. Vor 15 Jahren bemerkte Patient, welcher bis dahin vollkommen gesund gewesen sein will, zuerst, dass der Puls zuweilen, ohne bekannte Ursache aussetzte. Nachdem Patient auf ärztlichen Rath das übermässige Rauchen, dem er bis dahin ergeben war, aufgegeben hatte, wurde die Pulsintermittenz seltener, doch hat er in den folgenden Jahren noch 2—3 Mal jährlich Anfälle von Herzklopfen gehabt, welche mit Orthopnoe verbunden waren; auch hat er hin und wieder bemerkt, dass ein Pulsschlag wegblieb, was ihn jedoch nicht wesentlich genirte und ihn nicht hinderte weite Fahrten per Postwagen zu machen und seiner Jagdpassion nachzugehen. Zu Ende des vorigen Jahres machte Patient die Influenza durch, und seitdem ist die Intermittenz des Pulses unaufhörlich vorhanden; meist bleibt nach ca. 60 Pulsen ein Schlag fort. Auch die anfallsweise auftretenden Herzbeschwerden sind sehr häufig geworden, so dass Patient sich fast allnächtlich 1—2 Stunden sitzend mit Athemnoth und Herzklopfen quält. Die Anfälle beginnen oft des Nachts ohne ersichtliche Veranlassung, zuweilen auch nach stärkerer körperlicher Bewegung, mit einer starken Beschleunigung der Herzthätigkeit; später wird der Puls langsamer, aber zugleich fällt nach allen 3—4 Schlägen ein Puls aus. Nach einigen Stunden hört der Anfall auf und Patient kann sich niederlegen und schlafen. Für gewöhnlich ist der Puls fast ganz regelmässig, jedoch so, dass nach je 50—60 Schlägen eine Intermittenz auftritt, die Patient, welcher sich selbst sehr gut beobachtet, *stets* als Doppelschlag des Herzens mit nachfolgender längerer Pause empfindet.

Die Untersuchung am 19. Januar 1890 ergab folgenden Befund: Ziemlich magerer aber musculöser junger Mann; leichter chronischer Darmcatarrh, Neigung zu Verstopfung und intercurrenten Durchfällen. Puls von mittlerer Fülle und Wellenhöhe: gegenwärtig, da Patient längere Zeit ruhig gesessen hat, vollkommen regelmässig und nicht beschleunigt; Radialarterie von guter Wandspannung. Nachdem Patient eine Zeit lang mit ziemlich schweren Hanteln geturnt hat, tritt eine starke Beschleunigung der Pulsfrequenz ein, an die sich 5 Minuten später eine Periode der irregulären Herzaction anschliesst, welche durch das Eintreten sehr häufiger Intermittenzen und Pulsus bigemini ausgezeichnet ist. Während derselben fühlt man an der Art. rad. entweder gar keinen Puls oder Bigemini, deren zweiten Schläge bald mehr, bald weniger deutlich abgeschwächt sind. Bei der Auscultation hört man aber stets, auch wenn gar kein Puls in der Radialarterie zu fühlen ist, vier Herztöne im Rhythmus der Bigemini aufeinander folgen. Die zweite Herzaction der Pulsus bigemini ist in ihren beiden Tönen viel leiser als die erste, sowohl bei den schwachen, als bei den ausfallenden Radialpulsen. Der Sphygmograph zeigt dabei *stets* (cfr. die beifolgende Curve II) deutliche Pulsus bigemini an; die zweiten Erhebungen derselben sind bald grösser, bald kleiner und dementsprechend sind sie in der Art. radial. bald fühlbar, bald nicht wahrnehmbar. Nach einigen Minuten hören die Intermittenzen auf, die Herzthätigkeit beruhigt sich und macht wieder dem gewöhnlichen Verhalten Platz. Am Herzen selbst sind keine physikalischen Veränderungen zu finden. Die Herzdämpfung ist nicht vergrössert; der Spitzenstoss weder sicht- noch fühlbar, die Töne rein, keine abnorme Pulsation der Halsgefässe, keine Cyanose, Leber nicht vergrössert, keine Oedeme.

Wir haben es also mit einer durch intercurrente Pulsus bigemini hervorgerufenen Arythmie des Herzens zu thun, die sich in einzelnen anscheinend spontanen Anfällen zu hohen Graden steigert. Diese Anfälle können jedoch auch durch stärkere körperliche Anstrengung, wie Handtelturnen (Steigerung des Blutdruckes) künstlich hervorgerufen werden; eine objectiv erkennbare Veränderung des Herzens war nicht nachzuweisen und ich muss es dahingestellt sein lassen, wie weit es sich hier um eine rein nervöse Störung handelt. Für uns ist gegenwärtig von Interesse, dass in diesem Falle sowohl richtige intercurrente Pulsus bigemini (Pulsus intercidens der Autoren), als auch diejenige Form der Bigemini auftraten, bei denen in der Radialarterie kein zweiter Schlag des Bigeminus mehr gefühlt wurde (falsche Intermittenz nach Nothnagel).

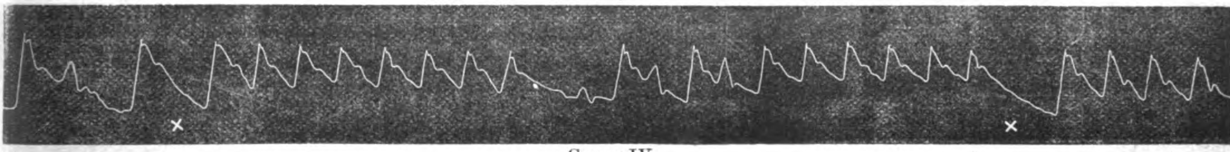
Curve III.

Fall III (cfr. Curve III). Noch hochgradigere Formen der falschen Intermittenz habe ich in folgendem Falle beobachtet:

Herr L., 21 Jahre alt, Forstmeistersgehilfe, ist bis vor drei Jahren vollkommen gesund gewesen, wo er einen leichten Gelenkrheumatismus durchmachte, der sich wesentlich in der rechten Schulter localisirte. Seit der Zeit hat er öfter an Herzklopfen gelitten und bemerkt, dass der Puls zuweilen aussetzte. Vor zwei Jahren hat er nach heftigem Tanzen einen Stich in der Herzgrube verspürt und später, nachdem er sich schon zu Bett gelegt hatte, einen schweren Anfall von cardialem Asthma gehabt, der sich in Athemnoth, Beängstigung und stechenden Schmerzen im Herzen äusserte, aber nicht mit Herzklopfen einherging. Vielmehr ist sowohl vom Patienten selbst, wie von Anderen constatirt worden, dass das Herz während dessen sehr schwach schlug. Seitdem sind noch vier solche schwere Anfälle dagewesen, sämmtlich durch Gemüthsbewegung hervorgerufen. — Eine geringe Kurzathmigkeit beim Laufen und Treppensteigen ist schon seit drei Jahren vorhanden; rascheres, anhaltendes Gehen zu ebener Erde wird erst seit dem letzten Anfall, welcher im Juni 1889 stattgefunden hat, nicht mehr gut vertragen.

Im November 1889 constatirte ich folgenden Status: Patient ziemlich kräftig und von gut entwickelter Muskulatur; der Puls macht augenblicklich 68 Schläge in der Minute, setzt aber beim Palpiren der Radialarterie nach je 3—4 Schlägen entweder ganz aus, oder vollführt im Rhythmus des Bigeminus einen ganz schwachen Schlag. Der Spitzenstoss ist im 5. Intercostalraum zu fühlen und reicht bis zur linken Mammillarlinie. Die kleine Herzdämpfung ist nach rechts um $1^1/_2$ Fingerbreiten über die Norm erweitert und reicht nach links bis zur Stelle des Spitzenstosses. — Bei der Auscultation des Herzens hört man während der normalen Schläge überall zwei deutliche Töne, von denen der erste an der Herzspitze etwas rauh und dumpf klingt. Der zweite Ton ist an der Herzspitze und auf der Aorta auffallend laut und deutlich; am 3. linken Rippenknorpel und am ganzen linken Rande der Herzdämpfung ist ein leises systolisches, blasendes Geräusch zu hören, welches jedoch im Liegen verschwindet. Während der Pulsus bigemini hört man in rascher Folge 4 Herztöne, von denen die beiden letzten leiser sind als die beiden ersten. Ferner lässt sich constatiren, dass, je schwächer der 2. Pulsschlag des Bigem. ist, desto leiser auch der vierte Herzton wird; ja zuweilen, besonders in den Fällen, wo in der Radialarterie gar kein zweiter Schlag des Bigeminus mehr zu fühlen ist, schwindet er ganz, so dass man an der Herzspitze nicht mehr (nach dem schon erklärten Schema) —́ ⌣ – ⌣, sondern bloss noch —́ ⌣ – . . . . wahrnimmt. Im zweiten und dritten Intercostalraum ist sowohl rechts wie links vom Sternum sehr häufig nur noch —́ ⌣ . . . . zu hören, so dass also die durch die zweite Herzcontraction hervorgebrachten Töne daselbst vollkommen verschwunden sind. Im Stehen überwiegen die Intermittenzen des Pulses, im Sitzen die auch in der Radialarterie noch fühlbaren Bigemini und im Liegen wird der Puls fast ganz regelmässig — eine Beobachtung, die auch der Patient selbst stets an sich gemacht hat; nur bei linker Seitenlage ist angeblich der Puls ebenso irregulär wie beim Stehen und Sitzen. An der Stelle der Herzspitze ist bei jedem Bigeminus und bei jeder Intermittenz des Radialpulses deutlich ein bigeminischer Spitzenstoss, d. h. zuerst ein normal starker und unmittelbar darnach ein schwacher, von einer längeren Pause begleiteter Impuls zu sehen und zu fühlen. Die sphygmographische Curve zeigt stets Pulsus bigemini mit bald deutlicher, bald weniger deutlicher zweiter Erhebung, nie aber einen vollkommenen Ausfall des Radialpulses (cfr. Curve III).

Es handelt sich also um eine Mitralinsufficienz mit sehr unregelmässigem, durch häufige Intercurrenz verschiedener Formen der Bigeminie bedingtem Pulse. Bei manchen Bigeminis war der zweite Schlag schon so schwach geworden, dass am Herzen die ihm zukommenden Töne nicht mehr vollständig zu hören waren.



Curve IV.

Fall IV (cfr. Curve IV). Schliesslich sei noch ein Fall erwähnt, bei dem sich alle Uebergänge vom typischen intercurrenten Pulsus bigeminus bis zur vollständigen Intermittenz des Pulses fanden.

J. L., Schneider, 62 Jahre alt, hat schon seit geraumer Zeit an einer leichten Sprachstörung und Parese der rechten oberen und unteren Extremität gelitten, worüber seine Umgebung (er ist vor vier Wochen in's Armenhaus aufgenommen worden) keine nähere Auskunft zu geben vermag. Am 5. Februar ein apoplektischer Insult, jedoch ohne völligen Bewusstseinsverlust. Darnach ist die Sprache völlig aufgehoben und die Lähmung der ganzen rechten Körperhälfte complet. In diesem Zustande wurde Pat. in die Universitätsabtheilung des hiesigen Bezirkshospitals eingebracht. Nach einigen Tagen kehrten Spuren des Sprachvermögens wieder, doch war eine genauere Analyse der aphatischen Störung, mit der sich auch anarthrische Articulationsstörungen verbanden, bei dem verwirrten Zustande des Patienten nicht möglich. Gleichzeitig Unvermögen zu schlucken, so dass Patient mit der Schlundsonde genährt werden musste, sowie Andeutungen des Cheyne-Stokes'schen Athmens. Der Puls, welcher in den ersten Tagen nach dem Schlaganfall noch regelmässig war, wurde vom 10. Februar an irregulär, indem bald intercurrente Bigemini, bald Intermissionen an ihm gefühlt wurden. Am Herzen hörte man den Bigeminis entsprechend zuweilen 4, zuweilen 3 rasch einander folgende Töne mit nachfolgender längerer Pause, während bei den Pulsintermittenzen zuweilen noch ein, der frustranen Herzcontraction entsprechender, systolischer leiser Ton zu hören war, öfter aber eine vollständige Pause in der Reihe der Herztöne eintrat. Der Spitzenstoss war in Folge einer geringen Erweiterung der Lungen überhaupt nicht zu fühlen. Die Herzdämpfung nicht vergrössert; die Töne rein, keine Geräusche. Mässige Sclerose der grösseren peripheren Arterien. Kein Zeichen einer Erweiterung der Aorta. Der Sphygmograph ergab beifolgende Curve IV, in welcher vielfache Bigemini zu erkennen sind, deren zweite Wellen je nach ihrer Höhe und Grösse in der Radialis bald gefühlt werden konnten, bald dem tastenden Finger entgingen. Die durch ein kleines Kreuzchen bezeichneten Pulsintermittenzen lassen in der Curve keine zweiten Wellen mehr erkennen und am Herzen konnten während der Intermittenz keine Herztöne wahrgenommen werden, wie ich durch gleichzeitige Auscultation constatirte.

Es handelte sich in diesem Falle vermuthlich um eine Apoplexie in den Pons oder die Medulla oblongata, welche neben der Hemiplegie, der Anarthrie, der Schlucklähmung und dem leicht angedeuteten Cheyne-Stokes'schen Phänomen auch die offenbar auf centralen Ursachen beruhende Arhythmie des Herzens bewirkt hatte.

Referate.

E. Falk: Hydrastinin bei Gebärmutterblutungen. (Arch. f. Gynäkologie Bd. 37, Heft 2).

Nach experimentellen Untersuchungen des Verf.'s ist das Hydrastinin ($C_{11}H_{13}NO_3$), ein Oxydationsproduct des Hydrastins, für die therapeutische Verwendung gegen Blutungen wesentlich geeigneter als das Hydrastin und das Extr. fluid. Hydrast. canad. Ohne hier näher auf die Verschiedenheiten in der Wirkung beider Agentien eingehen zu können, weisen wir nur darauf hin, dass nach F. es hauptsächlich die stärkere und anhaltendere Gefässzusammenziehung, die günstige Beeinflussung des Herzens und das Fehlen von Reizerscheinungen des Rückenmarkes sind, welche das Hydrastinin auszeichnen. In der Privatklinik Landau's hat F. ferner mehrere Pat. mit Hydrastinin behandelt und scheint dasselbe, wie aus den beigefügten 28 kurzen Krankengeschichten zu ersehen ist, ein recht zuverlässiges Mittel gegen Blutungen zu sein, welche auf Congestionen zu den Beckenorganen beruhen (congestive Dysmenorrhoe, hyperplastische Endometritis etc.). Bei Myomen hat F. eine Verminderung der Blutungen beobachtet. Weniger sichere Erfolge sind bei chronischer Metritis und bei Blutungen in Folge schwerer Neurosen gesehen worden. Nach Analogie der Thierversuche erklärt sich F. die Wirkung des H. folgendermaassen: Durch Zusammenziehung der Gefässe spec. der abdominellen werden Congestionen zu den Genitalien vermindert und eine relative Blutleere des Uterus erzeugt; letztere ruft, als Reiz auf die Muskulatur der Gebärmutter wirkend, Contractionen derselben hervor. Augenblickliche Stillung einer bestehenden Blutung kann mithin vom Hydrastinin nicht erwartet werden. Gute Erfolge sind dagegen bei prophylaktischer Anwendung gegen Menorrhagie vor Eintritt der zu starken Menstruation zu erreichen. In Anwendung kam bei Myomen und Menorrhagien das in Wasser leicht lösliche Hydrastinin. muriat. subcutan in Dosen von 0,05 bis 0,1 2 Mal wöchentlich; 5 bis 6 Tage vor der Menstruation 0,05 täglich, während der Blutungen täglich 0,1.

Dobbert.

Charcot: Die Morvan'sche Krankheit. (Progr. méd. № 11, 12. 1890).

Prof. Charcot stellte am 6. Dec. 1889 seinen Zuhörern eine Kranke vor, welche an oben genannter Krankheit litt und augenblicklich neben den Zeichen derselben ausserdem hysterische Symptome aufweist. Mit Uebergehung der sehr detaillirten Krankenvorstellung sei hier nur die Symptomatologie dieser seltenen Affection mitgetheilt. Sie trägt ihren Namen nach dem Autor, der sie zuerst beschrieben, Dr. Morvan in Lannilis in der Bretagne, der 5 Abhandlungen darüber verfasst hat, welche von 1883 bis 1889 in der Gazette hebdomadaire abgedruckt sind. Andere Veröffentlichungen stammen von Broca (Soc. Clin. 1885 und Ann. de Dermat. et Syphilis 1885), von Prouff (Gaz. hebd. 1887), Hanot (1887), Monod und Reboul (Arch. de méd. 1888), Oger de Spéville (Thèse de Paris 1889), Heckel (Berl. klin. Wochenschr. 1889). Der Prouff'sche Kranke ist 1889 von Gombault (Soc. méd. des hôpit. 1889) secirt worden, welcher die Affection nicht, wie Roth (Arch. de neurol. 1889) es will, zur Syringomyelie zählt. Die Krankheit weist 3 Hauptsymptome auf, zuerst Schmerzen in den Extremitäten, dann anfangs einseitige, dann doppelseitige Parese mit Analgesie und schliesslich Auftreten von Panaritien, die schmerzlos sind und zu Verunstaltungen der Finger führen. Es giebt aber auch atypische Fälle mit schmerzhaften Panaritien, Fehlen der Parese oder der Analgesie. Der typische Verlauf ist folgender: Zuerst treten neuralgiforme Schmerzen in den später gelähmt und anästhetisch werdenden Extremitäten auf, dann erscheinen successive die Lähmung und die Analgesie, welche Tast-, Schmerz- und Temperaturempfindung umfasst, endlich tritt das Panaritium auf, das immer zu den schweren, von Knochennekrose und Zerstörung der Phalangen gefolgten gehört und meist nur die Hände ergreift, die Füsse werden selten afficirt, ferner erkranken meist alle Finger und nicht gleichzeitig, sondern nach Jahre langen Intervallen. Es gesellen sich später zu den Panaritien trophische Störungen, mehr oder weniger tiefe Risse, Geschwüre an den natürlichen Hautfalten, welche einem mal perforant ähnlich die Sehnenscheiden ergreifen und sie zur Eiterung bringen, die Nägel fallen aus oder verbilden sich, die Hand selbst wird livid und zeigt subnormale Temperaturen; zuweilen erstrecken sich diese trophischen Störungen auch auf das Rückgrat, das scoliotisch wird, was etwa in der Hälfte der Fälle beobachtet, endlich kommen auch Gelenkleiden unter dem Bilde der Arthritis sicca vor. Die *Dauer* der Krankheit ist immer eine sehr lange, 10—40 Jahre, die *Prognose* immer schwer. Die *Aetiologie* ist noch sehr dunkel, die Krankheit befällt mehr Männer, als Weiber in jedem Alter, mit 12, 20, 30, 40, 50, 60 Jahren, zuweilen geht ein Trauma dem Ausbruch derselben voran. *Diagnose:* Verwechselungen sind denkbar mit Sklerodermie, Lepra mutilans und Syringomyelie. Bei ersterer sind nie Knochennekrose, Paresen und Anästhesien vorhanden, bei der zweiten geben die Morphaeaflecken, die Anwesenheit von Knoten und der Aufenthalt in Lepragegenden den Ausschlag; ferner werden die Verstümmelungen nicht durch Panaritien, sondern durch Sphacelus gesetzt. Die Syringomyelie bedingt anfangs Muskelatrophie nach dem Typus Duchenne-Aron, die bei ihr vorkommenden Sensibilitätsstörungen betreffen vorwiegend den Temperatursinn und zwar in ausgebreitetem Maasse, die trophischen Störungen, Risse, Gelenkleiden, Skoliose kommen auch bei ihr vor, die Panaritien aber treten nur zufällig auf. Hinze.

Th. du Mesnil und K. Marx (Würzburg): Ueber Impetigo herpetiformis. (Archiv f. Derm. und Syphilis. 1889. 5. Heft.)

Zwei Krankheiten haben den Dermatologen in letzter Zeit zu vielfachen Controversen Anlass gegeben, es sind dieses: die Dermatitis herpetiformis Dühring's und die Impetigo herpetiformis (Hebra 1872). Bald wurde die Existenz der Einen, bald der Anderen geleugnet. Dühring hält die Imp. herp. Hebra's für eine „pustular variety of the dermatitis herpetiformis", verschiedene andere Autoren dagegen leugnen die Derm. herp. und sehen sie, wie auch Vff. dieser Arbeit, für zwei Gruppe verschiedener Krankheitsformen an. Verdienstvoll ist es, dass Vff. sich bemühen, das vorhandene litterärische Material kritisch zu sichten.

Hebra präcisirte das Krankheitsbild der Imp. herp. dahin, dass sich bei Graviden im letzten Stadium in Folge krankhafter Veränderungen des Genitalapparates an der Innenfläche der Oberschenkel in kreuzergrossen Gruppen oder vereinzelt stehend stecknadelkopfgrosse Pusteln bilden, die sich durch Nachschübe in der Peripherie in Kreisen oder irisartigen Zeichnungen ausbreiten. Allmählich verbreitet sich der Ausschlag auf den Bauch, Unterschenkel, Brust, obere Extremitäten, Hände, Füsse, schliesslich auch den Kopf ergreifend. Dabei intensives Fieber, Prostration und Tod oder aber Efflorescenzen und Restituirung pigmentirter, sonst gesunder Haut unter den Borken oder Geschwürsbildung. Von den 5 ersten Fällen starben 3. In später beschriebenen Fällen wird auch Ergriffensein der Schleimhäute gemeldet.

Aehnliche Krankheitsbilder wurden von Neumann als Herpes pyämicus, von Auspitz als Herpes vegetans beschrieben.

Die Dermatitis herpetiformis charakterisirt Dühring selbst als eine chronische, schubweise auftretende Krankheit, wobei stecknadelkopf- bis erbsengrosse Bläschen mit wässrigem Inhalt auftreten, in Gruppen stehend, jedoch ohne besondere Configuration zu bilden. Die Efflorescenzen breiten sich nach der Peripherie aus, während sich im Centrum Krusten bilden. Zuweilen entstehen auch Ausbrüche von Pusteln oder Papeln, umgeben von einem rothen Hof.

Das Zusammenstellen beider Bilder giebt, wie dieses auch Brocq hervorhebt, einen klaren Begriff der Verschiedenheit beider Leiden; bei der Impetigo bilden sich unter Fieber stets direct Pusteln, bei der Derm. herp. ohne Fieber vorherrschend Bläschen mit serösem Inhalt, dieselben gehen zuweilen in Eiterung über und simuliren dann Impetigo. Bezüglich der Angabe, dass Impetigo herp. nur bei schwangeren Frauen vorkomme, liegen bereits dem widersprechende Angaben vor. (Ref. selbst hat vor einigen Jahren einen charakteristischen Fall von Impetigo herp. bei einem Manne im Alexanderhospital beobachtet, mit letalem Ausgang.) Ferner ist hervorzuheben, dass Imp. herp. stets eine böse Prognose giebt, während Derm. herp. einen chronischen, aber quoad vitam gutartigeren Verlauf nimmt.

Zum Schluss geben die Vff. die ausführliche Krankengeschichte eines Falles von Imp. herp. bei einer 30jährigen Frau, mit Ausgang in Heilung. Der Fall wurde Anfangs für Syphilis gehalten und vielleicht nicht mit Unrecht. Jedenfalls ist eine maligne Syphilis mit pustulösen Syphiliden nicht leicht von Imp. herp. zu unterscheiden; auch in dem beschriebenen Falle leidet die Pat. trotz Genesung noch periodisch an Kopfschmerzen.

Petersen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

A. Baer (Berlin-Plötzensee): Die Trunksucht und ihre Abwehr. Ein Beitrag zum derzeit. Stand der Alkoholfrage. Wien und Leipzig 1890. Urban & Schwarzenberg. 82 pag. Pr. Mk. 2,50.

Wie es scheint, hält die Mässigkeitsbewegung jetzt endlich ihren Einzug auch bei uns. In der Hauptstadt hat sich der erste russische Mässigkeitsverein constituirt, in den Provinzen sind Mässigkeitscirkel theils bereits entstanden, theils im Entstehen begriffen. Wie die Tagespresse berichtet, gewinnt unter den Esten die Bildung von Mässigkeitsvereinen immer mehr an Verbreitung, die Gründung eines estnischen Central-Mässigkeitsvereins wird eifrig discutirt. Unter solchen Umständen wird auch der ärztliche Stand der oft discutirten Alkoholfrage schärfer in's Auge sehen und seine Stellung zur Sache präcisiren müssen, bei der Selbsthülfe, welche die Bevölkerung gegen die wachsende Macht des Alkoholismus zu schaffen sucht, wird Urtheil und Mitwirkung der Aerzte in maassgebender Weise von Bedeutung sein. Die vorliegende neue Schrift des in der Alkohol-Literatur rühmlichst bekannten Sanitätsrath Baer giebt die erwünschte Möglichkeit, sich über den Einfluss der Trunksucht in den Culturstaaten der alten und neuen Welt zu orientiren und die verschiedenen Methoden der Abwehr und ihre Wirksamkeit kennen zu lernen. Das Buch ist streng sachlich, ohne jede Leidenschaft geschrieben, das Ergebniss einer mit grossartigem Fleiss fortgesetzten Sammlung aller derjenigen statistischen Nachweise, welche für die einschlägigen Fragen entscheidend sind. Der erste Abschnitt der Schrift behandelt die Trunksucht in ihrem Einfluss auf Lebensverkürzung, Geistesstörung, Epilepsie, Verbrechen, Familienleben und Pauperismus. Die Zahlen, die B. hier reden lässt, sprechen eine ergreifende Sprache — man wird an ihnen nicht vorübergehen können. In dem zweiten Theil wird „die Abwehr" in ihren verschiedenen Formen besprochen. Erfolg ist nur zu erwarten, „wenn nicht vereinzelte, sondern alle zulässigen Mittel, welche erfahrungsgemäss einen Erfolg versprechen, gleichzeitig und ausdauernd in Anwendung kommen. Diese Mittel müssen den eigenartigen Verhältnissen angepasst sein, welche in den verschiedenen Ländern die ursächlichen Bedingungen für die Verbreitung dieses Lasters schaffen und bilden". In der Anwendung der Kampfesmittel müssen sich der Staat und die Gesellschaft die Hände reichen. „Erst wenn die Gesellschaft durch die Mittel reichlicher Werkthätigkeit, sowie durch den versittlichenden Einfluss ihrer Willensäusserung die öffentliche Meinung von der Nützlichkeit und Nothwendigkeit dieses Kampfes überzeugt und zum Genossen in demselben gewonnen, erst dann finden die gesetzlichen Strafmaassnahmen die ihnen gebührende Billigung". Nach beiden Richtungen hin schildert B. das in den verschiedenen Staaten zur Zeit Geleistete, neben dem Vorgehen der Gesellschaft (Besserung der Volksernährung, Volksküchen, Kaffeehäuser, Mässigkeitsvereine Trinkerasyle) finden die Maassnahmen des Staates (Beschränkung des Alkoholconsums, Bestrafung der Schankwirthe, der Trunkenheit, Maassregeln gegen die Gewohnheitstrinker) ihre Darstellung, wobei wie im ersten Theile für die Wirksamkeit der einzelnen Mittel nach Möglichkeit die statistischen Ergebnisse herangezogen werden. Auch hier ist der Fleiss zu bewundern, mit dem der Verf. den Veranstaltungen gegen den Alkoholismus in den verschiedenen Staaten bis in die Gegenwart folgt.

Möge die beachtenswerthe Schrift durch Aerzte in weiten Kreisen zur Verbreitung empfohlen werden und ihre zweite Auflage

in dem Abschnitt „die Abwehr“ auch Russland unter den Staaten aufführen können, in welchen die Mässigkeitsbewegung wächst und von Erfolgen begleitet ist. Mercklin.

Rudolf Haug: Das künstliche Trommelfell und die zu seinem Ersatz vorgeschlagenen Methoden. Eine otologische Studie. München 1889. Theodor Ackermann.

Verf. giebt zuerst eine Beschreibung der künstlichen Trommelfelle vom ersten Versuche Marcus Banzer's aus der Zeit des 30-jährigen Krieges bis auf die von Delstanche in der Neuzeit empfohlene. Dann beantwortet er geschichtlich die Frage, was damit bezweckt wurde und wie man sich das Resultat erklärt habe.

Nach Toynbee bestehe die Wirkung des künstlichen Trommelfelles darin, dass die durch die Perforationsöffnung in den Gehörgang ab- und dabei verloren gehenden Schallwellen durch die Prothese zurückgehalten würden. Erhard dagegen meint, dass durch den Druck auf den Hammer und die stehengebliebenen Reste des Trommelfelles die Leitung wieder hergestellt würde. Lucae sah das Resultat darin, dass die Labyrinthflüssigkeit dadurch unter einen höheren Druck zu stehen komme. Nach Knapp endlich würde durch den Druck der Prothese die Gehörknöchelchenkette nicht nach innen, sondern im Gegentheil nach aussen gerückt, damit in eine annähernd normale Stellung; dieser Ansicht schliesst sich auch Politzer an. Also — „dass die grosse Mehrzahl der Autoren den Druck, resp. die Wiederherstellung der unterbrochenen Leitung mit ihren Consequenzen als causa movens der Hörverbesserung ansehen“.

Doch scheint dies meist illusorisch zu sein, da nur wenig Patienten die Prothese vertrugen. Einmal muss die richtige Lage für dieselbe gefunden werden; dann muss sie anfangs nur kurze Zeit lang, mit Unterbrechungen getragen werden, um den äusseren Gehörgang daran zu gewöhnen, was für die Pat. zu langweilig ist und womit sie zuweilen nicht recht zu Stande kommen: dann aber treten recht häufig unangenehme Nebenerscheinungen auf, neuralgische Schmerzen im Ohre, subjective Gehörsempfindungen und Alterationen des Geschmacks (Druck auf die Chorda tymp.). Endlich wurde nicht selten durch die (nicht immer aseptischen) Manipulationen die geheilte Entzündung mit ihren Consequenzen und Gefahren von Neuem angefacht.

Darin, in der Verhütung der Entzündung durch Verschluss der nachgebliebenen Perforation, liegt nach Verf. die weitere Indication für das künstliche Trommelfell. Und es sind viele Verfahren angegeben worden, leider mit wenig Erfolg.

Die Methoden, die auf Regenerationskraft der Trommelfellsubstanz beruhten (Anfrischung, Aetzung, Incision der Perforationsränder) führten nicht zum Ziele, verschlechterten zuweilen die Lage. Berthold versuchte, ein organisirtes Material, die Cutis, zur Myringoplastik in 2 Fällen, ebenso Edward T. Ely, beide mit zweifelhaftem Erfolge. Schwartze hatte auch keine Erfolge mit der Berthold'schen Methode, dagegen transplantirte Tougermann einmal mit Erfolg Hautstückchen, ebenso der Verfasser.

In neuerer Zeit empfahl Berthold zu diesem Zwecke runde Scheiben der Schalenhaut des Hühnereies, und zwar dessen Eiweissseite, führte aber nur temporären Verschluss herbei. (Die Versuche Schirmunski's in St. Petersburg hatten auch nur ein zweifelhaftes Resultat. Ref.). Jetzt empfiehlt der Verf. dieselbe Schalenhaut, aber von der Schalenseite aus transplantirt, weil, wie seine Versuche ergaben, nur von dieser aus Leucocythen in's Gewebe einwandern, Gefässe hineinsprossen und damit Anheilung stattfinden kann. Weitere Neuerungen in dieser Hinsicht sind die Transplantation von Goldschlägerhäutchen (Garigon-Désarènes), von Froschhaut (Baratoux, Dubosquet-Laborderie) und Bepinselung kleiner Oeffnungen mit 10% Photoxylinlösung (Guranowski). J. F. Neumann.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— *Hauttransplantation vom Todten auf den Lebenden* von W. Bartens (Brooklyn med. Journ. 1889). Einem kurz zuvor Verstorbenen wurden Hautstücke von den Beinen entnommen, in eine warme Salzlösung von geringer Concentration gelegt, sorgfältig gewaschen und von allem subcutanen Fettgewebe befreit. Dann wurden sie in Stücken von ungefähr 2 Cm. Breite und 1—2 Cm. Länge zugeschnitten. Die zu bepflanzende Fläche befand sich an einem Knaben, dessen Beine Verbrühungen erlitten hatten. Die leicht ulcerirenden Wunden wurden auf's Sorgfältigste gereinigt und dann mit 28 von der Leiche entnommenen Hautstückchen belegt, mit Jodoform bestreut und antiseptisch verbunden. Nach 6 Tagen waren 24 Hautstückchen fest angewachsen. (Mon. f. prakt. Derm. № 6.)

— Dr. Herrmann demonstrirte dem Vereine deutscher Aerzte in Prag mikroskopische Präparate einer *tuberculösen Fasanenleber*, die durch einen aussergewöhnlich grossen Gehalt an *Tuberkelbacillen* ausgezeichnet waren. Anschliessend daran berichtete Prof. Sattler, dass vor einigen Jahren an Prof. Soyka 150 Fasanen von einer Herrschaft eingesandt worden, die sämmtlich an universeller Tuberculose zu Grunde gegangen waren. In einem der von Dr. Hess von diesen Fasanen gemachten Impfversuchen in die vordere Augenkammer von Kaninchen entwickelte sich typische Iristuberculose. Prof. Maschka betonte die Häufigkeit der Tuberculose bei Fasanen. (Wien. klin. W.)

— Prof. Eversbusch hat nach Exstirpation des unteren Lides wegen Carcinom den Defect durch einen gestielten Hautlappen von der Schläfe gedeckt und die *Conjunctiva durch Schleimhaut vom Oesophagus eines Kaninchens ersetzt*. Diese Transplantation war vom besten Erfolg begleitet, da die Schleimhaut gut anheilte. (Münch. med. Woch. № 8.)

Vermischtes.

— Die *medicinischen Prüfungscommissionen* bei den russischen Universitäten treten in diesem Semester bereits in's Leben. So weit bis jetzt bekannt geworden ist, sind zu Vorsitzenden dieser med. Prüfungscommissionen ernannt worden: bei der Moskauer Universität — der Professor der Physiologie und derzeitige Rector der Charkower Universität, Dr. J. P. Schtschelkow; bei der Universität Kasan — der frühere Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie in Charkow, Dr. J. P. Lasarewitsch (gegenwärtig in St. Petersburg); bei der Universität Charkow — der Prof. der physiologischen Chemie in Kasan, Dr. A. J. Schtscherbakow.

Als Glieder der Charkower Prüfungscommission werden die Proff. Grube, Danilewski, P. J. Kowalewski, M. A. Popow und Skworzow fungiren.

Zu Vorsitzenden der Abtheilungen in der med. Prüfungscommission bei der Kiewer Universität sind ernannt: der 1. — Prof. Peremeschko, der 2. — Prof. Tschirjew, der 3. — Prof. Tschirkow, der 4. — Prof. Rineck und der 5. — Prof. W. A. Subbotin. Ausserdem gehören der 4. Abtheilung als Glieder an die Proff. Rein und Chodin.

— Zum ausserordentlichen *Professor der Anatomie an der Universität Kiew* ist der Prosector der Moskauer Universität Dr. M. A. Tichomirow ernannt worden.

— Auf den *Lehrstuhl der pathologischen Anatomie* an der Universität *Tomsk* ist der Prosector der militär-medicinischen Academie Dr. K. N. Winogradow berufen worden.

— Dr. Anfimow hat sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie als *Privatdocent für Geistes- und Nervenkrankheiten* an der genannten Academie habilitirt.

— *Ordensverleihungen: Der Stanislaus-Orden I. Classe:* dem Medicinalinspector des Don'schen Kosakenheeres, Wirkl. Staatsrath Dr. Petrowski. *Der St. Wladimir-Orden III. Classe:* dem Oberarzt des Jekaterinodar'schen Militärhospitals, Dr. Skworzow.

— *Verstorben:* 1) In Warschau am 22. April Staatsrath Dr. Adolph Wiegandt im 58. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1854—58 Medicin studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde wurde W. Kirchspielsarzt in Livland (Adsel und Palzmar), siedelte später aber nach Warschau über, wo er Militärarzt wurde und lange Zeit als Prosector am Ujäsdow'schen Militärhospital fungirte. Unsere Wochenschrift verdankt dem Verstorbenen eine ganze Reihe von interessanten pathologisch-anatomischen Mittheilungen aus dem reichen Materiale dieses grossen Hospitals. Neben seiner Stellung im Militärressort bekleidete Wiegandt bis zu seinem Lebensende auch den Posten eines Arztes am 1. Gymnasium in Warschau. 2) Am 2. Mai zu Tuckum (Kurland) der dortige Kreisarzt Dr. Ernst Grünhoff im 55. Lebensjahre. Nachdem G. seine Schulbildung in einem kurländischen Gymnasium erhalten, studirte er von 1854—58 Medicin in Dorpat, wo er i. J. 1863 auch zum Dr. med. promovirt wurde. Seine ärztliche Thätigkeit begann er als Kirchspielsarzt in Livland (Sissegall) und war dann successive Arzt zu Dünamünde, Prahwingen (Kurland) und Tuckum, wo er seit 2 Jahren auch als Kreisarzt fungirte. 3) In St. Petersburg am 28. April der ehemalige Divisionsarzt Nikolai Schelomow. 4) Am 22. April in Taraschtscha (Gouv. Kiew) der Stadtarzt Adolph Ryckmann, welcher fast 40 Jahre in dieser Stadt prakticirt hat und sich allgemeiner Beliebtheit erfreute. 5) In Moskau der Landschaftsarzt aus dem Gouvernement Wladimir Peter Ljubimow am Flecktyphus. Der Verstorbene hat seine Wittwe mit 5 Kindern ganz mittellos hinterlassen; glücklicherweise war er jedoch Mitglied der med. Unterstützungscasse. 6) Im Kreise Morschansk der Landschaftsarzt Al. Awtokratow. 7) In Moskau die Aerztin Ljubow Klimowa, geb. Wyropajewa nach langer Krankheit.

— Von der militär-medicinischen Academie wird bekannt gemacht, dass in diesem Jahre eine Aufnahme in den I. (vorbereitenden) Cursus von Personen stattfindet, welche den Gymnasialcursus mit dem Zeugniss der Reife absolvirt, wobei diejenigen, welche ein Gymnasium des St. Petersburger Lehrbezirks besucht haben, den Vorzug erhalten werden. Die Aufnahmegesuche sind auf den Namen des Chefs der Academie vom 1. Juni—15. Juli einzureichen. Personen hebräischer Confession, sowie Verheirathete werden nicht zugelassen werden. Die Studirenden haben für das Hören der Vorlesungen und für die praktischen Uebungen 60 Rbl. jährlich zu entrichten, wobei die Zahlung für das erste



Semester im Betrage von 30 Rbl. spätestens am 1. September zu leisten ist.

— In *Chicago* soll im Jahre 1892 ein *internationaler Congress der weiblichen Aerzte* stattfinden.

— Der Präsident des Wiener medicinischen Doctorencollegiums, Hofrath Dr. R. v. Schmerling, vollendete am 1. Mai sein 80. Lebensjahr, aus welchem Anlass ihm aus allen Kreisen Glückwünsche dargebracht wurden.

— Am 20. April beging der Professor der Pharmakologie, Dr. O. Liebreich in Berlin sein *25-jähriges Doctorjubiläum*. L. war anfangs Chemiker und studirte erst später Medicin in Tübingen und Berlin, wo er im Jahre 1865 zum Dr. med. promovirt wurde.

— Die von dem verstorbenen Prof. E. v. Wahl in Angriff genommene und von der werkthätigen Sympathie des Publicums geförderte *Bekämpfung der Leprakrankheit in den Ostseeprovinzen* wird in nicht allzu ferner Zeit praktische Gestaltung gewinnen. In Dorpat hat, wie wir der „N. D. Ztg." entnehmen, bereits eine vorberathende Versammlung in dieser Angelegenheit stattgefunden, auf welcher ein Ausschuss zur Ausarbeitung der Statuten niedergesetzt worden ist. Zu der vorberathenden Versammlung gehören die Herren: Baron Nolcken-Allatzkiwwi, Baron Nolcken-Sarrakus, das Stadthaupt von Dorpat G. v. Oettingen, Baron M. Stackelberg, J. v. Mensenkampff, O. v. Samson-Himmelstjern, Prof. Dehio, Prof. F. Hörschelmann, Dr. W. v. Zoege-Manteuffel, Redacteur P. v. Kügelgen (St. Petersb.), Dr. Hellat (St. Petersb.) und Dr. Truhart, als Vorsitzender des Vereins livländischer Aerzte.

Die livländische Ritterschaft hat zur Errichtung der Leproserie für den lettischen Theil Livlands die ehemalige Poststation Stackeln (im Walk'schen Kreise) und für den estnischen Theil die ehem. Poststation Nennal (am Peipussee) mit dem gehörigen Areal überlassen. Nach Bestätigung der Statuten soll zunächst zur Einrichtung der Leproserie in Nennal geschritten werden. Wenngleich die bisher gesammelten Mittel noch nicht hinreichen zum Unterhalt dieser Anstalten für Aussätzige, so lassen doch die allseitig diesem wohlthätigen Unternehmen entgegengetragenen lebhaften Sympathien dasselbe auch materiell bereits als einigermaassen gesichert erscheinen.

— Dass das *Vorkommen der Trichinen bei uns* kein so seltenes ist, beweist der Bericht des St. Petersburger Stadtamtes, nach welchem vom 21. Mai 1882 bis zum 1. April 1890 bei den mikroskopischen Untersuchungen des Schweinefleisches auf dem städtischen Schlachthofe in 458 Stück Schweinen und 21 Schweineschinken Trichinen gefunden wurden. Im Laufe des April-Monats 1890 sind in 8 Stück Schweinen Trichinen nachgewiesen worden.

— Die Gebrüder Peter, Alexander und Wassili Bachruschin, welchen die Stadt Moskau bereits die Erbauung eines Krankenhauses für chronische Kranke verdankt, haben neuerdings wieder ein Kapital von 350,000 Rbl. zur Errichtung eines Asyls für unheilbare Kranke bei dem oben erwähnten Krankenhause gespendet. Von diesem Kapital sind 100,000 Rbl. zum Bau des Asyls für 150 unheilbare Kranke und 250,000 Rbl. zum unantastbaren Kapital, aus dessen Zinsen der Unterhalt der Kranken bestritten werden soll, bestimmt.

— Das Odessaer Stadtamt hat sich an Pasteur mit der Bitte gewandt, eine Person, welche nach seiner Meinung am besten zur Leitung der wissenschaftlichen und praktischen Arbeiten auf der Odessaer bacteriologischen Station sich eigne, zu empfehlen. Pasteur hat nun in einem Briefe an den Stadtrath Welkoborski den Dr. Bardach, als den Würdigsten für dieses Amt, bezeichnet, da derselbe als Leiter des Odessa'schen Instituts für Schutzimpfungen gegen die Tollwuth bemerkenswerthe Resultate erzielt habe.

— Welche Dimensionen der Verbrauch des Antipyrins im Jahre 1889 angenommen, geht aus dem Bericht der Verwaltung der Farbwerke in Höchst am Main hervor. Diese Fabrik, welche das Recht auf die Ausnützung des Antipyrinpatentes erworben hat, erzielte einen Reingewinn von 5,437,032 Mark (nach dem gegenwärtigen Curse gehen 2,400,000 Rbl.), von denen 4,244,795 Mark zur Vertheilung gelangen.

— Die Frage bezüglich der Theilnahme der französichen Aerzte am bevorstehenden internationalen medicinischen Congresse in Berlin ist in der französischen medicinischen Fachpresse vielfach ventilirt worden, doch blieben die Ansichten getheilt. Neuerdings hat nun der *Verein der medicinischen Presse in Paris*, dessen Vorsitzender Prof. Cornil ist, in einer zu diesem Zweck angesetzten Versammlung nach längerer Discussion folgenden Beschluss gefasst: „Die Mehrheit der Mitglieder des Syndicats der medicinischen Fachpresse ist der Ansicht, dass die französischen Aerzte an dem *internationalen medicinischen Congresse in Berlin* thätigen Antheil nehmen müssen. Sie stützt sich auf folgende Gründe: 1) Dieser Congress ist die Fortsetzung ähnlicher Zusammenkünfte, die nach einander in verschiedenen Hauptstädten stattgefunden hatten und deren erste 1867 in Paris abgehalten wurde. Die französischen Aerzte dürfen von diesen grossen medicinischen Tagen um so weniger fahnenflüchtig werden, als sie die ersten waren, welche solche Tage eingesetzt haben. Der ausschliesslich wissenschaftliche Zweck der Congresse besteht darin, Fragen der allgemeinen und besonderen Heilkunde und Gesundheitslehre aufzuwerfen und zu besprechen, welche alle Staaten gleichmässig berühren. 2) Französisch ist eine der 3 amtlichen Sprachen des Congresses, die, welche die grosse Mehrheit der belgischen, spanischen, griechischen, holländischen, italienischen, rumänischen, russischen, schweizer, türkischen, südamerikanischen u. s. w. Vertreter anwenden werden. Unsere Landsleute brauchen also nicht zu besorgen, dass sie unverstanden und vereinzelt bleiben werden. 3) Der ärztliche Stand Frankreichs hat die Pflicht, aufzutreten, seine Methoden und die Ergebnisse seiner Arbeiten in einer Versammlung von Gelehrten bekannt zu machen, die bestimmt ist, die Fortschritte der Heilkunde zu verzeichnen und die wichtigsten Streitfragen des Tages zu erörtern. Die Kundgebung des wissenschaftlichen Lebens und der Forscherkraft unseres Landes wäre ein neues Unterpfand des Erfolges für die Zukunft. Bei dieser Zusammenkunft von Gelehrten, welche weder den Wetteifer, noch die Nebenbuhlerschaft der Schulen, noch den friedlichen und fruchtbaren Wettbewerb der Völker ausschliesst, müssen wir vor der medicinischen Welt unsere nationale Arbeit, unseren Unterricht, unsere Männer und unsere Publicationen auf's Vortheilhafteste zur Schau stellen".

(Allg. Med. Ctrl.-Ztg.).

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 6. Mai 1890 5720 (57 weniger als in der Vorwoche), darunter 312 Typhus- (33 mehr), 566 Syphilis- (8 weniger), 90 Scharlach- (21 weniger), 5 *Influenza-* (5 weniger), 65 Masern- (17 weniger), 14 Diphtherie- (5 weniger)) und 10 Pockenkranke (3 weniger als in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 29. April bis 5. Mai 1890.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
345	251	596	108	63	128	10	7	13	57	51	48	39	44	24	4	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exant. 1, Typh. abd. 5, Febris recurrens 6, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 39, Scharlach 17, Diphtherie 12, Croup 3, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 44, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1. Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicämie 8, Tuberculose der Lungen 83, Tuberculose anderer Organe 6, Alcoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 31, Marasmus senilis 21, Krankheiten des Verdauungscanals 64, Todtgeborene 30.

☞ Verein St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 15. Mai 1890, $6^1/_2$ Uhr, Diner bei Donon.

☞ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 14. Mai 1890.

XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,
St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 20 St. Petersburg, 19. (31.) Mai **1890**

Zweiter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der **zweite** Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte findet **in Wenden** statt und währt **vom 27. bis 29. August** d. Jahres. Vorträge, deren Dauer statutenmässig auf 15 Min. angesetzt ist, bitte ich unter genauer Angabe des Themas und kurzer Wiedergabe des Inhaltes baldmöglichst, spätestens aber bis zum 1. Juli c. bei mir anzumelden.

Fellin, den 20. April 1890.

Im Namen der Gesellschaft livländischer Aerzte
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Fellin.

Das Resorcin bei Diphtheritis.

Von
Dr. Justus Andeer
in München.

Vom Jahre 1876—1880 wurden ich, meine Frau und Tochter 5 Mal von den leichtesten bis zu den schwersten septischen Formen der Rachendiphtheritis ergriffen und durch Resorcinbehandlung schneller als mit den anderen damals für diese Infectionskrankheit anempfohlenen Mitteln und zwar ohne irgend welche Nachkrankheiten geheilt. Besonders auf Grund dieser genau beobachteten, scharf *therapeutisch* controllirten, sowie anderer hierzu geeigneter Fälle, anempfahl ich das Mittel, ausser 1877 in der schweizerischen Naturforscherversammlung in Bern, auch in den «Einleitenden Studien über das Resorcin», Würzburg 1880. Auf Seite 68, Alinea 6 dieser Monographie, schrieb ich damals: «Das Resorcin in Pulver- oder Krystallform angewendet, entwickelt seine höchste Güte bei diphtheritischen Affectionen der verschiedensten Wunden und Schleimhäute, speciell der Mund- und Rachenhöhle. Eine specialistische, genau controllirte Casuistik und Statistik der mit Resorcin behandelten Fälle hat bis heute nur positive Resultate dieser Behandlung ergeben. In höchstens einer Woche waren die schwersten Formen dieser Krankheit gänzlich und ohne nachtheilige Folgen zur Heilung gebracht». Noch 222 Fälle der Art behandelte ich später in meiner Resorcinpraxis ebenso erfolgreich, so dass ich im Hinblick auf dieses hinreichende Beobachtungsmaterial eine diesbezügliche ergänzende Mittheilung in № 20 des «Centralblattes für die medicinischen Wissenschaften», Berlin 1882 zu veröffentlichen mich für berechtigt hielt.

Wiewohl besonders Bouchut, Callias und Dujardin-Beaumetz in Frankreich, Cattani und Righi in Italien von 1880 an gleich günstige Heilergebnisse dieser neuen Behandlungsmethode bei derselben Krankheit *wiederholt* berichteten, veröffentlichten Nothnagel und Rossbach in der 5., 1884 erschienenen Auflage ihres Handbuches der Arzneimittellehre u. A. auch Folgendes: «Der Einführung des Resorcins, das jedenfalls vorzügliche antiseptische und fieberwidrige Wirkungen besitzt, stellen sich die vielfachen Uebertreibungen, die namentlich durch Andeer hinsichtlich seiner, die schwersten septischen Krankheiten, wie Diphtheritis u. s. w. sicher heilen sollenden Kraft in die Welt gesetzt worden sind, hindernd in den Weg».

Diese Aeusserung wurde hiernach theils im Original, theils in den verschiedensten Modificationen wiedergegeben, so u. A. auch von W. F. Loebisch in seinem Werke: «Ueber die neueren Arzneimittel in ihrer Anwendung und Wirkung». Seite 131 seiner 2. Auflage vom Jahre 1883 sagt er: «An's Wunderbare grenzen die Erfolge, welche Andeer bei Behandlung der Diphtheritis mit Resorcin erzielte» und auf Seite 211 desselben Werkes vom Jahre 1888 «verbessert und vermehrt» er seine 3. Auflage dahin, dass er sagt: «Bei Diphtheritis rühmte es Andeer als sicheres Heilmittel, ohne dass diese Angabe bis jetzt von irgend einer Seite bestätigt worden wäre». Loebisch's unzutreffende Angaben über das Resorcin, besonders in der neuesten Auflage seines Werkes, sind vielfach vorhanden!

Der letzte Autor der Trias, wenn man Nothnagel und Rossbach als *eine* Person annimmt, die unzutreffende Berichte über die Resorcinanwendung bei Diphtheritis lieferte, ist J. Löffler, welcher in seiner Inaugural-Dissertation: «Das Resorcin, seine therapeutische Verwerthung und Giftigkeit», Würzburg 1889, S. 18, wo er betreffs der ausserordentlichen Erfolge, die Andeer mit Resorcin bei Diphtherie in dem Zeitraume von 1877 — 1882 erzielte, epikritisch folgendermaassen sich ausdrückt: «Diese vorzüglichen, gewiss wünschenswerthen Erfolge Andeer's sind leider von anderer Seite nicht bestätigt worden. Nur Callias sah ebenfalls ausgezeichnete Resultate, die sich indessen nur auf eine ganz geringe Anzahl von Fällen beziehen».

In seiner ersten Monographie und Thèse: «De la résorcine et de son emploi en thérapeutique», Paris 1881, hatte

Callias allerdings wegen Ueberfüllung an Material und Stoff nur ein paar schwere Diphtheritisfälle exempli causa vel tamquam unus pro multis erwähnt, dafür aber umsomehr specielle Fälle der Art in seiner 2. von der Pariser Académie de Médecine preisgekrönten Schrift: «Etude clinique de la résorcine appliquée localement en chirurgie et médecine», Paris 1886, angeführt. Obwohl diese schlagenden Fälle vollauf genügen würden, um die unzutreffenden Angaben und Berichte der genannten Autoren oder noch ungenannter Gegner zu widerlegen, so will ich dennoch noch Einige der besten Forscher für das Resorcin in dieser Krankheit nicht unerwähnt lassen. Cattani, welcher auf Porro's geburtshilflich-gynäkologischer Klinik in Mailand längere Zeit hindurch das Resorcin bei den verschiedensten Leiden versuchte, rühmt besonders die Anwendung desselben bei post partum Wunden, wenn dieselben diphtheritisch entarten. Das septische Exsudat derselben mitsammt der Membran werden, nach Cattani, durch Resorcineinfluss schnell zerstört und ebenso schnell erfolgte, ohne makroskopische Narbenbildung, die Heilung. Im gleichen Sinne, neben Leblond und Trissiaux, spricht sich Ehrhardt, I. Assistent an der Thierarzneischule in Zürich, in seiner interessanten Arbeit: «Das Resorcin in der Thierheilkunde». Zürich 1889, aus.

So gerne einer der grössten Anhänger der Resorcinbehandlung und gediegensten Kliniker Amerika's, Moncorvo, das Resorcin auch bei Diphtheritis auf seine Güte und Wirksamkeit geprüft hätte, so musste er, laut Privatmittheilung, leider darauf verzichten, weil in Rio de Janeiro, seinem Wohnorte, diese Infectionskrankheit garnicht vorkommt. An Stelle Moncorvo's vermisster Resorcinarbeit erhielt ich jedoch durch die Güte von Dujardin-Beaumetz eine Broschüre von den hinlänglich und rühmlichst bekannten Resorcinforschern: Albert Leblond und Charles Baudier, welche den Titel führt: L'antisépsie par la résorcine dans l'angine couenneuse, la coqueluche, la phthisie pulmonaire et le chancre mou», Paris 1889. Diese 47 Seiten betragende Arbeit bietet vornehmlich über die Resorcinbehandlung soviel Interessantes, dass ich dieselbe en passant und gleichsam als unparteiische Antwort auf Herrn Dr. L. F. Brunner's Aufsatz: «Zur Behandlung von Diphtheritis und Croup». St. Petersburger medic. Wochenschrift № 6, 10. Februar 1890, nicht länger vorenthalten will.

In der Einleitung ihrer classischen Arbeit wünschen Leblond und Baudier vor Allem die Aufmerksamkeit auf das Resorcin, ein bereits bekanntes aber noch zu wenig gewürdigtes antiseptisches Mittel, zu lenken. Dies geschieht hauptsächlich deswegen, weil dasselbe ein Antisepticum ersten Ranges ist. Selbst bei längerem Gebrauch in relativ hohen Gaben ist es ungiftig wegen seiner schnellen Aufsaugung und Ausscheidung im menschlichen Organismus. Seine Leichtlöslichkeit in, man kann es wohl sagen allen Flüssigkeiten, seine schnelle Verdampfungsfähigkeit in der Hitze, sowie seine Leichtmischbarkeit mit der Luft machen es, ohne irgendwie den Organismus zu benachtheiligen, für alle pathogenen Mikroben desselben zugänglich. Schon aus diesem Grunde preisen die Verfasser das Resorcin «vorzüglicher» als alle bereits bekannten Antiseptica, hauptsächlich wegen seiner vollkommenen Unschädlichkeit, wegen seiner energischen Action und weil es besser, wie alle anderen Arzneimittel, den Erfordernissen der Therapie entspricht.

Wiewohl alle bislang geübten Heilmethoden der Diphtheritis, wie das Aetzen, Desinficiren, Auskratzen oder diese drei abwechselnd mitunter auch günstige Erfolge zu verzeichnen hatten, so treffen doch alle zugleich schwere Vorwürfe, indem beispielsweise die anderen Aetzmittel ausser Resorcin sogar die gesunden Gewebe rings um die diphtheritischen Membranen angreifen und dadurch dem Weitergreifen der Infection ein neues Feld eröffnen, abgesehen von dem Schmerze, welcher besonders bei wiederholten Aetzungen damit verbunden ist. Viele der anderweitig angewandten Mittel zur Bekämpfung der Diphtheritis sind überdies Gifte für den kranken Organismus und besonders wegen der Gefahr des Verschlucktwerdens und darauffolgender Allgemeinintoxication desselben für den häufigen Gebrauch geradezu untauglich. Wieder andere, wie das Silbernitrat, welche nur *scharf umschrieben* örtlich wirken, vermögen der Allgemeinvergiftung des Organismus nicht zu widerstehen und sind mithin schon aus diesem Grunde verwerflich. Im Hinblick auf alle diese Uebelstände halten sich Leblond und Baudier für berechtigt und *verpflichtet,* die Heilergebnisse, welche sie mit Hülfe des Resorcin bei Diphtheritis erhalten haben, einem ärztlichen Publicum mitzutheilen und das umsomehr, als die Anwendung desselben weniger Nachtheile, als alle hierfür bekannten Mittel und Methoden darbietet und seine therapeutische Wirkung wenigstens ebenso mächtig ist, wie die der letzteren.

Obwohl es schon lange bekannt war, dass Vesicatorwunden und solche von Kranken überhaupt sich leicht mit Diphtheritis belegen und dass nur ein gesundes Epithelium eine undurchdringliche Wand für den Diphtheriebacillus bilde, so haben doch erst Roux und Yersin den unumstösslichen *experimentellen* Beweis erbracht, dass diese Infectionskrankheit sich nur auf einer wunden Schleimhaut entwickele. Mithin wird zur Verhütung weiterer Wunden als erste Heilbedingung *die* gelten: alle gewaltsamen, mechanischen und sogar arzneilichen Mittel zur Entfernung der Diphtheritismembran oder der arzneilichen Ergüsse in das gesunde Nachbargewebe und secundäre Veränderungen des letzteren zu vermeiden. Deswegen muss das anzuwendende Antisepticum vor Allem ohne Action auf die gesunden Gewebe sein!

Das an der Oberfläche der Pseudomembran abgesonderte Gift wird auch durch Schluckbewegungen in den Magen befördert und verursacht von hier aus allgemeine Infection. Ebenso dringt das an der Unterfläche der diphtheritischen Membran und Neubildung, zwischen diesen und dem Schleimhautnetz gebildete Gift durch die Lymphcapillaren in die gleichnamigen Drüsen. Als Folge davon zeigt sich rasche Schwellung derselben. Das Mittel, welches dem Ideal am nächsten käme, wäre demnach dasjenige, welches nach Neutralisirung der giftigen Producte an der Oberfläche der Diphtheriemembran, die ganze Dicke durchdringen und an der untersten Schicht derselben, am Malpighi'schen Schleimnetz und von den dortigen Lymphcapillaren aufgesogen, das diphtheritische Gift bis in die geschwollenen Lymphdrüsen verfolgen und dasselbe unschädlich machen könnte. Dieser Cardinalaufgabe sollte sich das Mittel, ohne irgend welche Gefahr für den Organismus entledigen, damit man es, so oft wie nur immer möglich, zur Hintanhaltung einer Reproduction des Bacillengiftes anwenden könne, weil nur eine einmalige Bepinselung dasselbe sicherlich nicht unschädlich machen kann. Dieses ideale Antisepticum, welches ohne Wirkung auf das gesunde Gewebe und zugleich selbst bei wiederholt hoher Gabe in jeder Beziehung für den Organismus ungiftig wirkt, ist nach Leblond und Baudier eine 10% Resorcinglycerinlösung. Nach Aussage dieser hervorragenden Resorcinforscher hat diese Lösung keine caustische Wirkung auf das gesunde, sondern nur auf das kranke Gewebe und das sicherste Zeichen des schnellen Eindringens derselben in letzteres ist die *nie* ausbleibende, schnelle Abschwellung der Lymphdrüsen. Mit Hülfe dieser Lösung haben Leblond und Baudier während einer 8-jährigen Anwendung derselben im Hôpital Saint-Lazare zu Paris selbst bei den schwersten Formen der Diphtheritis der Mandeln, des Rachens, der Nasen- und Mundhöhle, nicht *einen* Misserfolg zu verzeichnen gehabt und als Belege dafür beschreiben sie 13 der wichtigsten Fälle ihrer diesbezüglichen Praxis in *höchster Genauigkeit,* nachdem sie gelegentlich auch die gleich günstigen Heilergebnisse der Resorcinbehandlung bei demselben Leiden ver-

gleichend angeführt haben von: Besnier, Callias, Chenet, Fraignaud, Thorens, Yvon u. A. Die Erfahrungen von Leblond und Baudier ertheilen ferner in Bezug auf die Anwendungsweise des Resorcin den Rath: *ständlich* bei Tage und *zweistündlich* bei Nacht mit Hülfe eines in der Lösung von:

Rp. Resorcini puriss. 3,0
Glycerini » 30,0

eingetauchten Pinsels zu betupfen; zugleich im Krankenzimmer beständige Pulverisationen mit Lister'schem Apparat von der Lösung:

Rp. Resorcini puriss. 50,0
Aq. destill. 1000,0

oder, wie beim Keuchhusten, Räucherungen vermittelst Leblond's und Baudier's neuen eigens dazu construirten Apparates, jedesmal mit 1,0 Resorcin alle *2—3 Stunden, beziehungsweise 4—5 Mal* täglich und ebenso des Nachts. Ein gutes Adjuvans, wovon man 2—3 Esslöffel binnen 24 Stunden nimmt, ist auch nach Leblond und Baudier:

Rp. Resorcini puriss. 10,0
Syrup. Terebinth. 500,0.

Die Zugabe des Glycerin zum Resorcin scheint nach Leblond und Baudier günstig auf die Schleimhäute zu wirken. Das Wasser anziehende Glycerin absorbirt die in den Drüsen enthaltene Flüssigkeit und verengt dadurch die Kanäle derselben. Es verändert somit auf die günstigste Art und Weise den Boden, auf welchem der pseudomembranöse Process sich entwickelt. Da erfahrungsgemäss sehr bald nach der einleitenden Resorcinbehandlung dasselbe in bekannter, specifischer Farbe modificirt im Harne nachweisbar ist zum Zeichen, dass dasselbe durch Deglutition auch in den Verdauungsapparat gelangt sei, so ist eine besondere innere Darreichung desselben überflüssig. Wie nützlich indessen die Resorption des Resorcin durch die Verdauungswege ist und wie günstig dieses mächtige Antisepticum von hier aus auf den Blutstrom wirkt, beweist die rasche Abschwellung der Unterkieferdrüsen binnen 24 Stunden und das gänzliche Verschwinden derselben schon nach 48 Stunden. Bei Nasendiphtheritis hatten Leblond und Baudier von 1 % Resorcinwassereinspritzungen und tiefen Eintröpfelungen von 5 % Resorcinwasserlösungen sehr günstigen Erfolg.

Als eine der besten Errungenschaften bei der Resorcinbehandlung erwähnen Leblond und Baudier die Abwesenheit jeder Ansteckung in der Umgebung des Kranken, wie solche sonst immer und überall vorzukommen pflegt. Diese Immunität schreiben sie den Resorcindämpfen zu, welche die von den Kranken in der Luft und auf allerhand Gegenständen und Personen verbreiteten Diphtheriemikroben unschädlich machen und zufällig anwesende Personen mit einer antiseptischen Atmosphäre umgeben.

Die Schlussfolgerungen der Resorcinbehandlung bei Diphtheritis lassen Leblond und Baudier folgendermaassen lauten:

1) Wenn der Kehlkopf diphtheritisch nicht miterkrankt ist, sehen wir das Leiden im Allgemeinen schon nach 6 bis 10 Tagen verschwinden.

2) Wird diese Behandlung im Beginn der Diphtheritis angewendet, so ist die Plaquesbildung sehr gering und der Kehlkopf bleibt immer davor geschützt.

3) Sind bei vorgerückterer Krankheit die Lymphdrüsen bereits geschwollen und die Plaques zahlreich im Rachen vorhanden, so lässt die Resorcinbehandlung bereits nach 48 Stunden die Drüsen abschwellen und verhindert die Bildung neuer Pseudomembranen.

4) In allen diesen Fällen bleibt das Allgemeinbefinden der Patienten gut, der Appetit und die gute Stimmung bleiben erhalten zum sicheren Zeichen, dass keine Allgemeinintoxication eingetreten ist.

5) Ist der Kehlkopf in seiner Totalität diphtheritisch erkrankt, so ist die Resorcinbehandlung weniger wirksam. Indessen giebt die Anwendung des Resorcin in Form von Räucherungen und Zerstäubungen noch gute Heilergebnisse, wenn die Luftröhre weit genug ist, um eine Asphyxie auszuschliessen, oder wenn die Tracheotomie noch möglich ist.

Diesen positiven Heilerfolgen der Resorcinbehandlung bei Diphtheritis reihen sich würdig an die nicht minder günstigen der hervorragenden, rühmlichst bekannten Forscher der letzten Jahre, wie die von Crivelli in Frankreich, Cozzolino in Italien, Leconte und Peradon in Frankreich, Righi, Somma und Massei in Italien und Truillet in Spanien etc.

Da nach meinen früheren Experimenten an Thieren, diese intralaryngeale und tracheale, vorsichtige percutane Resorcineinspritzungen immer gut vertragen haben, so erlaube ich mir zum Schluss noch folgende therapeutische Rathschläge zu ertheilen: In schweren Fällen, wo die innere (per os) örtliche Anwendung des Resorcin in irgend einer Form unmöglich sein sollte, wie bei diphtheritischer Erkrankung des Kehlkopfes oder der Luftröhre in ihrer Totalität und bei drohender Asphyxie überhaupt, versuche man die Resorcinlösungen von Leblond und Baudier, oder solche von Resorcin-Vaselinöl percutan durch das Ligamentum conoïdes vel laryngo-cricoïdeum mit passender Injectionsspritze, womöglich à jet reflex, beizubringen. Ebenso bei Nasendiphtherie werden Einspritzungen mit Reflexstrahl von Resorcinvaselinöl resp. -glycerin oder Einlegen von Resorcin-Cacaobougies oder -tampons, je nach Umständen, eventuell anempfehlenswerth sein.

Ueber die Neigung der Fettleibigen zu Hirnhämorrhagie.

Von
Prof. Dr. E. Heinrich Kisch
in Prag-Marienbad[1]).

Wenn ich mir erlaube die Prädisposition der Fettleibigen zur Hirnhämorrhagie hier kurz zu erörtern, so geschieht dies in der Meinung, dass dieses Thema in den Rahmen unserer Verhandlungen schon darum zu passen scheint, weil sich den an gewissen Heilquellen prakticirenden Aerzten ein ergiebiges Feld öffnet, jene Prädisposition prophylaktisch zu bekämpfen.

Zu den häufigsten und verhängnissvollsten Folgeerscheinungen der Lipomatosis universalis gehört die Hirnhämorrhagie. Schon den alten Aerzten war die Thatsache bekannt, dass hochgradig fettleibige Individuen zu Hirnblutungen besonders disponirt sind, und der von der älteren Pathologie beschriebene «Habitus apoplecticus» deckt sich in seinen Symptomen mit der plethorischen Form der Lipomatosis universalis. Der kräftige, untersetzte, fettreiche Körperbau, die auffallende Röthung des Gesichtes bei starker Injection der Schleimhäute, der kräftige resistente Herzstoss, der volle, bedeutend gespannte arterielle Puls, die strotzenden Venen, die Circulationsbehinderung im Gebiete der Pfortader durch Anhäufung der Fettmassen im Unterleibe sind Erscheinungsbilder, welche wir hier wie dort finden. Aber erst das genauere Studium jener noch immer klinisch nicht genügend gewürdigten Constitutionsanomalie, welche auf einem dauernden Missverhältnisse zwischen Fettverbrauch im Körper und Fettproduction zu Gunsten des letzteren beruht, giebt uns Deutung und Klärung des eben erwähnten Causalnexus.

In erster Linie ist es die bei hochgradig fettleibigen Personen so häufig und in einer verhältnissmässig frühzeitigen Lebensperiode auftretende arteriosclerotische Veränderung der Gefässe mit ihren Folgezuständen, der Brüchigkeit und dem Starrwerden der Gefässwände, welche die Prädisposition zur Hirnhämorrhagie bietet.

Die anatomische Untersuchung rechtfertigt die Annahme,

[1]) Vortrag, gehalten auf dem balneologischen Congresse in Berlin am 8. März 1890.



dass durch die Wucherung der Fettzellen in und dicht an der Adventitia der Arterien ein directer Einfluss auf das Zustandekommen sclerotischer Veränderungen an diesen Blutgefässen mit Verminderung der Elasticität ihrer Wandungen und Herabsetzung der Contractilität ihrer glatten Muskelfasern geübt wird. Indess liegen auch mehrfache klinische Erklärungen für die Coincidenz von Arteriosclerose und Lipomatosis univ. vor. In erster Linie bietet das ätiologische Moment der acquisiten plethorischen Form der Fettleibigkeit, nämlich der Anmästung durch Uebermaass in Zufuhr von Speisen und Getränken bei ungenügender körperlicher Bewegung, zugleich den Anlass, dass sich allmälig und stetig ein bedeutendes Anschwellen des arteriellen Blutdruckes im Körper entwickelt. Von solcher Steigerung des Gefässdruckes, von der damit verbundenen Zerrung und Dehnung der arteriellen Gefässe und der mechanischen Reizung ihrer Wandung vermag man wohl die anatomischen Veränderungen der Arteriosclerose abzuleiten. Ferner bietet die gesteigerte Fettgewebsanhäufung im Unterleibe am Mesenterium, im Omentum majus, in der Capsula adiposa der Nieren, sowie in der Bauchwand ein Hinderniss der freien Blutbewegung in den Darmgefässen, welches im weiteren Verlaufe auch zur Stauungszunahme im arteriellen Gefässsysteme führt. Nicht ausser Betracht zu lassen ist endlich, dass sich bei vielen Fettleibigen, die dem Alkoholgenusse ergeben sind, noch der bekannte, wesentliche Einfluss des Alkohols auf das Zustandekommen sclerotischer Veränderungen an den Gefässen als ein diesbezüglich förderndes Moment geltend macht, ebenso wie eine häufige Begleiterkrankung der Fettleibigkeit, die Arthritis, nach dieser Richtung begünstigend wirkt.

In der arteriellen *Blutdrucksteigerung* und der *Rigidität der kleinen Arterien* liegt der Grund, dass auch über solchen Fettleibigen, welche nur geringe Herzsymptome bieten und sich scheinbaren Wohlbefindens erfreuen, *stets das Damoklesschwert der Hämorrhagie* schwebt. Es fällt oft ganz unerwartet und plötzlich, wenn irgend eine zufällige Steigerung der ohnedies schon hohen arteriellen Gefässspannung oder Erhöhung des venösen Blutdruckes und damit indirect des arteriellen zu Stande kommt. Darum sind psychische Erregungen, Excesse in Bacho oder Venere, bedeutende Muskelanstrengungen, andererseits Pressen bei schwieriger Defäcation, heftiges Niesen, Schreien, Lachen nicht selten Gelegenheitsanlässe zum Eintritte der Hirnblutung bei Fettleibigen.

In manchen Fällen ist die Hirnhämorrhagie wohl auch ohne ausgesprochene Arteriosclerose als Folge langdauernder Gehirnhyperämie zu betrachten. Es ist namentlich bei der angemästeten Fettleibigkeit der Wohlleber eine ausgesprochene Prädisposition zur Hirnhyperämie durch activen arteriellen Blutfluss vorhanden. Solche fettleibige Personen, denen bei der geringsten Gelegenheit, wie sie sich ausdrücken, »das Blut gegen den Kopf schiesst«, leiden schon lange Zeit, bevor es zu dem Insult kommt, an anfallsweise auftretendem Schwindel, Kopfschmerz, Ohrensausen, Flimmern und Funkensehen vor den Augen, haben öfter Nasenbluten, sind leicht erregt, reizbar, klagen über unruhigen, durch lebhafte Träume gestörten Schlaf u. s. w. Es ist möglich, dass in einigen Fällen diesen Erscheinungen nicht so sehr eine quantitative Veränderung des den Schädel durchfliessenden Blutes, als eine qualitative Veränderung, vielleicht die von mir ja vielfach bei Fettleibigen nachgewiesene bedeutende Vermehrung des Hämoglobingehaltes des Blutes zu Grunde liegt.

Endlich macht sich auch bei der Hirnhämorrhagie der Fettleibigen die hereditäre Veranlagung zuweilen in ganz auffälliger Weise geltend; es kommt nicht selten vor, dass die Hirnblutung bei einem Individuum ungefähr in demselben Lebensjahre auftritt, in welchem der Vater oder die Mutter desselben von einem apoplektischen Anfalle betroffen worden ist.

Was die *Symptome* betrifft, welche den Eintritt der Hirnhämorrhagie befürchten lassen, so sei Folgendes bemerkt:

Wenn Fettleibige mit plethorischem Habitus, welche den Tafelfreuden ausgiebig huldigen, wahrnehmen, dass die Defäcation seit einiger Zeit unregelmässig und sparsam geworden, der Unterleib nach jeder Mahlzeit stark gespannt und aufgetrieben wird, ein auffälliges Gefühl von Schwere und Trägheit nach dem Essen eintritt, öfters des Tages Lust zum Schlafen anwandelt, das Gesicht sich selbst nach minder starken physischen und psychischen Aufregungen stark röthet, während die Extremitäten kalt anzufühlen sind, in den letzteren die Empfindung von Erstarrung, Eingeschlafensein, Ameisenkriechen, Taubsein auftritt, wenn häufig Eingenommensein des Kopfes, Schwindel oder Lichtscheu, Empfindlichkeit gegen Geräusch, Ohrensausen, Flimmern vor den Augen, körperliche Unruhe, plötzliches Zusammenschrecken, grosse Reizbarkeit, unruhiger und durch beängstigende Träume unterbrochener Schlaf vorhanden ist; wenn dabei die peripheren Arterien geschlägelt erscheinen, wenn der Puls hart, gespannt, beschleunigt, der Herzspitzenstoss abnorm resistent und der zweite Ton über der Aorta verstärkt (vielleicht auch klingend) zu vernehmen ist — dann deuten alle diese Zeichen darauf, *auch wenn der betreffende Fettleibige sich gar nicht krank fühlt*, dass der Eintritt einer Hirnhämorrhagie zu befürchten ist. Dazu kommt es bald oder später, zuweilen erst nach Jahren, je nachdem ein beschleunigendes und beförderndes Moment hinzutritt. Schwerbeweglichkeit der Zunge, Unbeholfenheit im Gebrauche eines Armes oder Beines, plötzlich auftretende nach kurzer Zeit wieder verschwindende Aphasie, Parese eines Augenmuskels, leichte Gesichtsparese oder Parese eines Armes oder Beines sind aber *bereits Prodromalsymptome* eines apoplektischen Insultes, der nicht länger als Wochen oder Monate auf sich warten lässt.

Sowie überhaupt der hochgradig Fettleibige jeder ihn befallenden pathologischen Veränderung nur *geringe* Resistenzfähigkeit entgegenzustellen vermag, so ist es auch dem apoplektischen Insulte gegenüber. Dieser bietet für Lipomatöse eine noch höhere Lebensbedrohung als sonst im Allgemeinen und auch abgesehen von der Localisation der Blutung, eine ungünstigere Prognose. Nur ein kleiner Bruchtheil derartig betroffener Fettleibiger vermag dann noch Jahre lang das Leben zu fristen, zumeist erfolgt der letale Exitus plötzlich im unmittelbaren Anschlusse an den Insult oder sehr bald nachher. Unter 38 (von mir an anderer Stelle schon publicirten) Fällen, von denen mir die Obductionsbefunde hochgradig Fettleibiger, an den Consecutivzuständen der Lipomatosis universalis zu Grunde gegangener Personen zu Gebote stehen, erwies sich 15 Mal Gehirnblutung als Todesursache; darunter waren 9 Fälle, wo der Tod ganz plötzlich erfolgte. Aus diesen Ziffern ist die Häufigkeit und Intensität der Lebensbedrohung ersichtlich, welche Lipomatösen aus ihrer Prädisposition zur Hirnhämorrhagie erwächst.

Fragen wir nun, was gegen diese Prädisposition prophylaktisch geschehen kann, so möchte ich nicht aus theoretischen Gründen, sondern gestützt auf eine belangreiche Erfahrung hervorheben, dass neben der *diätetischen Behandlung* der Fettleibigkeit nach rationellen Principien der Ernährung und neben methodischen Körperbewegungen die systematische Anwendung von Purgantien, welche reichliche und ausgiebige Stuhlentleerung zu Wege bringen, von ebenso grosser Wichtigkeit wie Nützlichkeit ist. Die purgirende Wirkung bekämpft die Erscheinungen der Arteriosclerose wie der Gehirnhyperämie, indem einerseits durch die lebhaftere Darmbewegung manches mechanische Hinderniss der freien Blutcirculation fortgeschafft, andererseits aber durch die vermehrte Secretion das zu reichlich angesammelte Blut zum Theile verwerthet und in Folge der durch die Darmreinigung bewirkten Erweiterung der Unterleibsgefässe der arterielle Blutdruck herabgesetzt wird.

Mit Recht wird darum Fettleibigen mit plethorischem



Habitus, bei denen man den Eintritt eines apoplektischen Insultes befürchtet, der Gebrauch einer Cur mit lösenden Mineralwässern empfohlen. Solche Mineralwassercuren vereinigen die diätetische und medicamentöse Behandlung in günstigster Weise. In den betreffenden Curorten ist den Patienten weit leichter Gelegenheit geboten, eine stricte, dem Einzelfalle entsprechende Diät zu beobachten und das Beispiel der Curgenossen macht die Entbehrungen leichter ertragen, während weiters in dem «curgemässen» Küchenzettel ein nicht zu unterschätzender Vortheil bei Durchführung der Fettentziehung gelegen ist.

Die kalten starken Glaubersalzwässer, in erster Reihe *Marienbad* und *Tarasp*, verdienen bei plethorischen Fettleibigen, welche in dem Verhalten der sichtbaren und fühlbaren Arterien die ersten Symptome der *Arteriosclerose* bieten, ferner dort, wo der Fettansatz durch zu reichliche und üppige Ernährung entstanden ist, wo die hereditäre Anlage zur Lipomatosis sich durch begünstigende Einflüsse entwickelt, bei Wohllebern, sowie Frauen im climacterischen Alter, wo der Fettüberschuss mit einer gewissen Blutfülle einhergeht, bei der Combination von Fettleibigkeit mit Abdominalstasen, Gicht, reichlicher Harnsäurebildung oder mit Syphilis im Allgemeinen den Vorzug vor den warmen (Carlsbad), sowohl weil sie weniger irritirend auf das Gefässsystem wirken, als die Quellen mit hoher Temperatur, dann auch weil sie entschieden kräftiger und sicherer die Darmthätigkeit fördern.

Ich behandle seit vielen Jahren Lipomatöse, welche hochgradig fettleibig mit hereditärer Anlage zur *Hirnhämorrhagie* behaftet sind und in ausgeprägtem Maassstabe alle jene Symptome boten, welche die Befürchtung vor dem Eintritte eines solchen Insultes gerechtfertigt erscheinen lassen, die aber durch den Gebrauch einer 4 bis 6wöchentlichen Marienbader Brunnencur ganz bedeutend herabgemindert wurden, so dass man mit einer grossen Wahrscheinlichkeit behaupten kann: diese Individuen wurden vor einer Hämorrhagia cerebri bewahrt. Ich zweifle nicht, dass Collegen, welche an anderen alkalisch-salinischen oder Kochsalzgewässern ihre Praxis üben, über gleiche Erfahrung verfügen.

Hat jedoch die mit der Fettleibigkeit einhergehende Arteriosclerose bereits einen *sehr hohen Grad* erreicht, sind Compensationsstörungen in wesentlicher Art ausgesprochen, dann möchte ich die kalten, kohlensäurereichen Glaubersalzwässer für contraindicirt halten, da dann in Folge des ungenügenden Accommodationsvermögens der Gefässe von den Kranken der Reiz der Kohlensäure und der Kälte nicht vertragen wird, sondern zu Congestivzuständen Anlass giebt, welche eine bedrohliche Höhe erreichen können. Aber auch die warmen alcalisch-salinischen Quellen sind in solchen Fällen nicht räthlich, da durch das Trinken derselben der arterielle Blutdruck eine wesentliche Steigerung erfährt.

Referate.

E. Perregaux: Ueber den praktischen Werth der Engelskjön'schen Methode. (Corr.-Bl. f. Schw. Aerzte № 2.)

Nachdem eine vor 5 Jahren im „Arch. f. Psych. u. Nervenkr." erschienene, die Lösung eines Problems von grosser praktischer Wichtigkeit anstrebende Arbeit von Engelskjön (Christiania): „Die verschiedenartige Wirkungsweise der beiden electrischen Stromesarten und die electrodiagnostische Gesichtsfelduntersuchung" durch Konrad und Wagner einen heftigen, die ganze Theorie bedenklich erschütternden Angriff erfahren, ist es P., wie er sagt, ein Bedürfniss, der ungerechten und wegwerfenden Kritik entgegenzutreten. Vernichtend konnte diese Kritik nur für die „Gesichtsfeldprobe", nicht aber für die übrigen, von E. mühevoll zusammengetragenen, richtigen Thatsachen sein! E.'s fundamentaler Satz lautete: „zwischen der Wirkung des faradischen und derjenigen des galvanischen Stromes auf die Gefässinnervation besteht, bei *unmittelbarer* Einwirkung, ein wirklicher Antagonismus: ersterer erweitert die verengerten Gefässe, letzterer verengert die activ erweiterten (wobei ein Unterschied in der Wirkung beider Pole nicht beobachtet wird)" — und musste diese Beobachtung für die Behandlung derjenigen Nervenleiden, welche vasomotorischer Natur sind oder sein können, eine eminente Tragweite haben. In vielen von E. genau und geduldig geprüften Fällen von Migräne und Neurasthenie zeigte sich, dass bei *centraler* Anwendung beider Stromesarten die eine immer die Symptome entweder beschwichtige (positive Art) oder aber sie bedeutend steigere (negative Art) und kam es immer nur, wollte man nicht das Vertrauen der Kranken verscherzen oder ihnen sogar schaden, darauf an, von Hause aus richtig zu bestimmen, welcher Strom gebraucht werden müsse. E. glaubte endlich das gewünschte Erkennungszeichen für den zu wählenden Strom in gewissen Verschiebungen des Gesichtsfeldes gefunden zu haben und stellte die Behauptung auf, dass die positive Stromesart das Gesichtsfeld erweitere, die negative es beschränke. Dieses Postulat ist nun allerdings unhaltbar, es braucht deshalb aber, wie Neftel meint, das Kind nicht mit dem Bade ausgeschüttet zu werden; es muss, da sich die Lehre sonst als durchaus brauchbar herausgestellt hat, nur nach sicheren Anhaltspuncten für die richtige Wahl des Stromes gesucht werden und dürfte in dieser Beziehung die Aetiologie von grösster Bedeutung sein (Amylnitrit, Carotiscompression sind unzuverlässig). E.'s Regel lautet: „Neurosen, welche durch deprimirende Gemüthsbewegungen, Schreck, Trauer, Kummer u. s. w. oder durch Erkältungen und Tabaksvergiftungen hervorgerufen sind, erfordern den faradischen, — Neurosen, die ihre Entstehung Ueberanstrengungen des Gehirns oder der Muskeln und forcirtem Wachen verdanken, den galvanischen Strom". Diese Winke wären zunächst zu beherzigen! Schliesslich illustrirt P. seine Empfehlung der E.-schen Methode durch einige zu weiterer Prüfung ermunternde Krankengeschichten aus der eigenen Praxis. Fremmert.

M. Weiss: Die Elektrotherapie der Sehnervenatrophie. (Centralbl. f. Therap. 1890, I).

Verf. giebt zuerst eine kurze historische Uebersicht über die bisherigen, theilweise von Erfolg begleiteten Versuche, Sehnervenatrophien verschiedenen Ursprunges mit dem elektrischen Strome zu behandeln und beschreibt dann seine „eigenartige" Methode, welche er seit etwa 4 Jahren ausübt und die ihm recht gute Resultate gegeben hat. Er benutzt im Allgemeinen galvanische Ströme von 2 M. A., welche von den geschlossenen Augen bis zur Hinterhauptnackengegend während 15—30 Min. geleitet werden. Das Originelle an Verf. Methode ist die Anwendung von *Thonerdeelektroden*, welche in der Art bereitet werden, dass die zwei Enden eines aus $1^1/_2$—2 Dutzend feinsten, etwa 15 Ctm. langen Neusilber- oder Messingdrähten bestehenden Bündels mit einem kurzen, etwa 3 Ctm. langen und entsprechend dicken, zur Fixation der Klemmschraube dienenden Metallstab durch Verlöthen verbunden werden. Das so in der Mitte umgebogene Drahtbündel wird durch mehrmaliges Streichen durch eine Spiritusflamme noch biegsamer gemacht, zur Fläche geplättet und dann auf beiden Seiten mit einer entsprechend dicken Lage feuchten plastischen Modellirthones belegt, welcher den Rand des Drahtgerüstes um einige Millimeter überragen und vor der Application mit feuchter Watte belegt sein muss; eine solche feuchte Thonelektrode schmiegt sich, ohne zu drücken, vollkommen der Augengegend an und setzt selbst bei Anwendung stärkerer Ströme nie Aetzungen, muss auch selbstverständlich ausserhalb des Gebrauches stets feucht gehalten werden. Bei der Galvanisation wird eine gewöhnliche Nackenelektrode gebraucht, vor dem Aufsetzen der Augenelektroden mittelst des Rheostaten ein grosser Widerstand eingeschaltet und allmälig so viel davon ausgeschaltet, dass Pat. ein leichtes Prickeln an den Augenlidern empfindet. Nach 5—10 Minuten werden die Pole nach vorangegangener Ausschleichung des Stromes gewechselt; Dauer der, wöchentlich 5 bis 6 Mal vorzunehmenden Sitzung wenigstens 10 Minuten. Verf. hat bei einer solchen longitudinalen Hirngalvanisation selbst bei halbstündlicher Stromesdauer nie Gehirnerscheinungen, wohl aber bei tabischer Sehnervenatrophie schon nach 2 Monaten merkliche Erhellung und Erweiterung des Gesichtsfeldes beobachtet. Man kann auch die Nackenelektrode fortlassen und die beiden Augenelektroden mit den Batteriepolen verbinden; in schweren Fällen reizt Verf. nach vorhergegangener Cocaïnisirung episcleral faradisch die Recti interni und externi, um durch die dabei auftretende maximale Seitwärtsbewegung und Protrusion der Bulbi eine leichte Dehnung des Opticus zu produciren. — Für Fälle von retrobulbärer Neuritis und Intoxicationsamblyopien genügt die einfache galvanische Methode; Verf. legt aber besonderen Nachdruck auf die lange Dauer — bis zu einer halben Stunde der Sitzung. Ein genau beschriebener Fall einer, durch diese Methode geheilten tabischen Sehnervenatrophie illustrirt die Vorzüglichkeit einer solchen galvanischen Behandlung. Hinze.

v. Frankl-Hochwart: Ueber Psychosen bei Tetanie. (Jahrb. f. Psych. Bd. IX, pag. 128).

Bericht über drei in der Klinik von Meinert beobachtete Krankheitsfälle, jugendliche männliche Individuen betreffend, bei welchen sich im Anschluss an typische Tetanie Geistesstörung in Form hallucinatorischer Verwirrheit einstellte. Wie es scheint, handelte es sich nicht um ein zufälliges Zusammentreffen, auch war die Psychose nicht das Primäre, sondern gingen die tetanischen Krämpfe, häufiger werdend dem Auftreten der Psychose



voraus. Insbesondere bei Fall II schien dieser Zusammenhang deutlich, erst nahmen die Anfälle an Heftigkeit und Frequenz zu, dann trat die Verwirrtheit auf, mit dem Nachlass der Krämpfe nahm auch die Geistesstörung ab. Weitere Beobachtungen sind jedenfalls sehr erwünscht. Mercklin.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Schmaus: Die Compressionsmyelitis bei Caries der Wirbelsäule. Eine pathologisch-histologische und experimentelle Studie. 122 S. Mit 3 Farbentafeln und mehreren Textabbildungen. Wiesbaden 1890. Bergmann.

Verf. hat das Rückenmark von 5 an Compressionsmyelitis bei Wirbelcaries Gestorbenen histologisch genau untersucht und nur in 1 Falle unzweifelhafte entzündliche (tuberculöse) Veränderungen des Rückenmarkes, constant aber Quellungserscheinungen nachweisen können, welche wohl durch den Druck allein producirt sein konnten, doch konnten auch die in der Nähe abspielenden Entzündungsprocesse dieselben veranlassen. Verf. untersuchte nun experimentell die Einwirkung eines entzündlichen Processes in der Nähe des Rückenmarkes auf dasselbe, indem er bei 6 Kaninchen die Dura spinalis mit Tuberculose, bei anderen 6 Thieren mit Eiter inficirte. Die Thiere starben sehr bald, ihr Rückenmark wurde genau untersucht. Schm. erkennt eine wirkliche Entzündung desselben nur dann an, wenn an ihm dieselben Veränderungen, wie an der Infectionsstelle (Dura spinalis) beobachtet werden, also bei Cariestuberculose die für Tuberculose charakteristischen histologischen und bacteriologischen Veränderungen. Verf. konnte nach diesem Criterium nur 3 Mal das Zustandekommen einer Myelitis constatiren, wobei es wichtig ist, dass eine solche, auf das Rückenmark fortschreitende Entzündung schon verändertes gequollenes Gewebe ergreift; das Oedem des Rückenmarkes bei Compressionsmyelitis ist nach Schm. eine Folge des entzündlichen Oedems und der mechanischen Lymphstauung, was Verf. experimentell durch Application toxischer Substanzen auf das Rückenmark nachwies. Verf. zieht aus seinen sehr sorgfältigen und genauen Untersuchungen folgende Schlüsse:

1) Abgesehen von directen Quetschungen des Rückenmarkes durch Verschiebung von Wirbeln u. s. w. beruht die bei der Wirbelcaries auftretende Rückenmarksdegeneration auf einem *Oedem*, welches bei längerem Bestand in eine *diffuse Erweichung* übergeht.

2) Nur in seltenen Fällen entsteht durch Fortschreiten des an der Wirbelsäule bestehenden entzündlichen Processes nach innen eine *echte Myelitis*. Fast immer entsteht eine Pachymeningitis, oft eine Meningitis.

3) Es kann eine *Myelitis* nur dann angenommen werden, wenn der im Rückenmark bestehende Process *alle Charaktere der aussen vor sich gehenden Entzündung* zeigt; bei *tuberculöser Wirbelcaries* also bloss dann, wenn *echte Tuberculose* im Rückenmark entstanden ist.

4) Alle übrigen hierbei vorkommenden entzündlichen Processe gehören einer in Folge der Erweichung auftretenden *reactiven Entzündung* an, die ihren Ausgang in Sclerose nehmen kann. Sie ist *analog der bei der Resorption von Infarcten entstehenden Entzündung*.

5) Das im Rückenmark auftretende *Oedem* ist in manchen Fällen ein Stauungsödem, in anderen ein *entzündliches Oedem*, meistens aber aus einer *Combination beider* Ursachen entstanden.

6) Das collaterale Oedem ist auf *Ptomaïn*-Wirkung zurückzuführen; ein analoger Zustand kann durch chemische Mittel erzeugt werden.

7) Anämische und embolische Erweichungen spielen bei der Compressionsdegeneration keine grosse Rolle.

8) Das Auftreten einer echten Myelitis ist in erster Linie von der *Geschwindigkeit* der Ausbreitung des Processes abhängig.

9) Das *Oedem* des Rückenmarkes geht constant der Myelitis vorher.

10) Die Heilungen solcher Fälle von Wirbelcaries, bei denen das Rückenmark bereits mitbetheiligt war, sind auf Rückgang des Oedems zurückzuführen.

Man muss Verf. für seine mühevolle Arbeit äusserst dankbar sein, da dieselbe Klarheit in diese vielfach umstrittene Frage gebracht hat.

Druck und Farbentafeln vorzüglich. Hinze.

Pfeiffer: Die Verbreitung des Herpes Zoster längs der Hauptgebiete der Arterien und dessen Stellung zu den acuten Exanthemen. Dritter Bericht über die Sammelforschung des Allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen, 117 Zosterfälle betreffend. Jena 1889. Fischer.

Es ist nicht möglich, die detaillirte Analyse dieser 117 Zosterfälle, wie sie im vorliegenden Werke niedergelegt ist, kurz wiederzugeben, da man diese Angaben dann einfach abschreiben müsste. Interessant ist aber das Resultat dieser Sammelforschung, dass der Zoster — entgegengesetzt der von v. Bärensprung, Eulenburg u. A. aufgestellten Ansicht, nach welcher er eine primäre Nervenerkrankung sein sollte, — sich nicht an die Verbreitung der Hautnerven, sondern an die der Hautarterien halte und dass er eine Infectionskrankheit ist, deren specifische Mikrobe aber noch nicht entdeckt worden, die Infection geschieht durch die Blutbahnen. Pf. meint, dass auf diesen Grundlagen die bisher in tropho-neurotischem Sinne gültigen Lehrsätze folgendermaassen modificirt werden müssten:

1) Die Herpesbläschen folgen häufig ganz und gar der Richtung der Arterien. Das Ausbreitungsgebiet des Ausschlages entspricht dem Haut- resp. Capillargebiet kleiner Arterien.

2) Die beobachteten pathologischen Veränderungen im Ganglion Gasseri, in den Spinalganglien sind nicht Ursache, sondern Folgen der herpetischen Processe.

3) Arterien- oder Capillarverletzungen, im Incubationsstadium erlitten, geben die gelegentliche Ursache für dessen localen Sitz ab.

4) Prodromalsymptome des Zosters, Fieberverlauf, doppelseitiges generalisirtes oder wiederholtes Vorkommen, die erworbene Immunität, das epidemische Vorkommen, die Contagiosität, die Nachkrankheiten, der mikroskopische Befund, der locale Heilungsprocess u. v. A. finden ihre Erklärung durch die Einreihung des Zosters neben die Blatterformen der Infectionskrankheiten.

Die Begründung dieser Sätze sind im Originale, welches einem eingehenderen Studium hiermit empfohlen sei, nachzulesen. Beigelegt sind dem Buche 9 Tafeln, auf welchen die Verbreitungsbezirke der Arterien und Nerven der Haut und die Ausbreitung des Herpes längs der Arterien abgebildet sind und ein Fragebogen mit Schema. Hinze.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Aus der Tübinger Klinik theilt Gessler die Resultate der Bruns'schen Methode *zur elektrolytischen Behandlung der Angiome* mit. Dieselbe besteht darin, dass durch die Basis des Angioms zwei Platinanadeln kreuzweise durchgestochen werden, die mit einer constanten Batterie verbunden sind; Durchleitung des Stromes ca. 10 Min. lang, zum Schluss Stromwendung zur Verhinderung der Blutung; Jodoformverband. Wiederholung nach 1—2 Monaten, wenn nöthig. — Unter dieser Behandlung waren 7 Fälle durchweg mit schönen Narben geheilt, trotzdem zum Theil eine bedeutende Ausdehnung nach der Fläche und Tiefe vorhanden war; 2 weitere Fälle konnten nicht nachuntersucht werden; 1 noch in Behandlung. — G. empfiehlt nach Vergleich mit den anderen Methoden die elektrolytische besonders für die ausgedehnten Angiome. (Diss. Tübingen. — Mon. f. prakt. Derm.)

— Das *Oleum Santali ostindicum* findet in Neuhaus (D. med. Z. pg. 213) einen warmen Fürsprecher. Bei der acuten Gonorrhoe vermindere und verändere es den Ausfluss; wenn es auch nicht direct heile, so sei es ein mächtiges Adjuvans; die grösste Bedeutung habe es bei Urethritis posterior, Prostatitis und frischer Cystitis; kein Mittel komme ihm hierin gleich; bei der chronischen Gonorrhoe wirke es sehr gut bei den Exacerbationen des Secretausflusses, welcher durch dasselbe vermindert wurde. Auch bei Bronchoblennorrhoe habe es sich als günstig erwiesen. — Die Dosirung ist in Gelatinecapseln à 0,5 4—5 Stück pro die, nach dem Essen zu nehmen, am Besten nach Schleimsuppen und breiigen Speisen. Es sei immer gut vertragen worden, selbst von Dyspeptischen. Aufstossen, hin und wieder leichte Diarrhoe und ziehender Schmerz in der Nierengegend schwanden bald unter symptomatischer Behandlung.

— Im ärztl. Verein zu Hamburg berichtete Unna über die *therapeutische Verwendung des Mikrobrenners*. Der Thermocauter nach Paquelin ist für die Haut unbrauchbar, da er Narben setzt; zur Heilung von Hautaffectionen sind oft auch nur geringere Wärmegrade erforderlich, so besonders bei Acne rosacea. Diese beginnt bes. am behaarten Kopf als Seborrhoe (Pithyriasis oder Seb. sicca capitis), die zuerst zu heilen ist, dann folgt die thermocaustische Behandlung. Bei der Nase ist sie indicirt, wenn die Hyperämie sich bildet. Dann genügt oft eine ganz oberflächliche Cauterisation, ein „Nachmalen". Unna's Apparat: Auf die Platinspitze ist ein fein ausgezogener, ca. 3 Ctm. langer Kupferdraht aufgesetzt, der beim Rothglühen des Platins nur mässig erhitzt wird. Statt der Flasche zur bequemeren Handhabung eine Glaskugel mit Watte, in die vor dem Gebrauch 10 Tropfen Benzin gebracht werden, was für die meisten Operationen genügt. — Auch für gewisse Stadien des Lupus brauchbar, bei vereinzelten Knötchen in entzündlich veränderter Umgebung (nach Heilung der letzteren folgende Kühlsalbe: Liq. plumb. subacet. 40,0, Lanolin. 10,0, Adip. suill. 20,0). — Apparat angefertigt von Bauer & Häselbarth in Eimsbüttel. (Münch. med. W. № 15.)

— Das *Aristol* ist von Hughes (Soden-Würzburg) auf seine Wirkung bei Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten geprüft worden. Es lässt sich sehr fein zerstäuben, da es nicht hygroskopisch ist (wie Sozojodol), vertheilt sich daher beim Einblasen sehr gleichmässig und haftet vorzüglich; es reizt nicht und hat keinen unangenehmen Geruch (wie Jodoform). H. kam durch seine Versuche, die allerdings noch nicht zahlreich sind, zu dem Resultate, dass das Aristol die Secretion auf den Schleimhäuten anregt und daher mit Vortheil bei Rhinitis sicca und den verschiedenen Formen der Rhinitis atrophicans angewandt werden kann, bei acuter Rhinitis und chronischer Rhinitis mit Hypersecretion



XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,

St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 21 St. Petersburg, 26. Mai (7. Juni) 1890

Neuritis multiplex nach Influenza.

(Aus dem Deutschen Alexander-Hospital für Männer in St. Petersburg.)

Von

Dr. H. Westphalen.

Das grosse Interesse, welches zur Zeit der Influenza nicht allein im Auslande, sondern auch hier bei uns zu Lande entgegengebracht wird, lässt es gerechtfertigt erscheinen, wenn ich mir erlaube über 2 Fälle zu berichten, die schon an und für sich eines casuistischen Interesses nicht entbehren, und um so bemerkenswerther erscheinen, als sie offenbar in einem ätiologischen Zusammenhange mit der Influenza stehen.

Unter den pathologischen Zuständen, die als Folgekrankheiten der Influenza angesehen werden können, dürften die Affectionen der sensiblen Nerven, speciell die Neuralgien des Trigeminus, zu den häufigsten Complicationen dieser Krankheit gezählt werden. Dem gegenüber erscheint die Betheiligung der motorischen Nerven eine höchst geringe. So berichtet Leyden[1]) nur ganz beiläufig, dass er vorübergehend vereinzelte Lähmungen und Muskelatrophien beobachtet habe, und auch aus den Verhandlungen der Gesellschaft der Charitéärzte in Berlin über die Influenzaepidemie gewinnt man nicht den Eindruck, dass Erkrankungen an motorischen Nerven im Anschluss an die Grippe irgend wie häufiger die Aufmerksamkeit der Aerzte auf sich gelenkt hätten. Nur die Augenmuskellähmungen (Uthoff) dürften hiervon eine Ausnahme machen. Daher erscheint es gewiss nicht unmotivirt auf 2 Fälle näher einzugehen, welche sich beide durch eine schwere Betheiligung der motorischen Nervensphäre nach der Influenza auszeichneten, von denen der eine Fall zeitweise zu den ernstesten Besorgnissen Veranlassuug gab.

Die Krankengeschichte des ersten Patienten ist vom Collegen Dr. Höhlein geführt und mir freundlichst überlassen worden. Derselben entnehme ich Folgendes:

Pat. A. C., 29 a. n., Cirkusdirector, trat am 12. Dec. 1889 in das hiesige Deutsche Alexanderhospital ein. Pat. giebt an, vor ca. 3½ Wochen eine leichte Influenza unter den Erscheinungen von Abgeschlagenheit, Fieber, Uebelkeit und Rückenschmerzen durchgemacht zu haben. Nachdem er 3 Tage bettlägerig gewesen, hat er am 4. Tage seine Beschäftigung wieder aufgenommen. Am 7. Tage nach Beginn der Erkrankung spürte er, seinen Angaben zufolge, ein leichtes allgemeines Kältegefühl und die Empfindung von Kriebeln und Vertaubtsein der Finger, später auch der Zehenspitzen. Während das Kältegefühl nach 3 Tagen schwand, gehören die übrigen Paraesthesien noch jetzt zu den subjectiven Klagen des Pat. Dazu habe sich weiter vor ca. 1 Woche eine Schwäche in den Beinen hinzugesellt, die sich dann auch, verbunden mit subjectivem Schwindelgefühl, den Armen und dem ganzen Körper mitgetheilt hat. Auch meint Pat. ein Hinderniss beim Schlucken zu verspüren, er habe das Gefühl, „als ob der Bissen im Halse stecken bleibe und erst durch den folgenden Bissen hinabgestossen werde". Alles dieses habe sich jedoch in den letzten Tagen gebessert.

Der Appetit und Stuhlgang die ganze Zeit über normal. Nach Ablauf des Fiebers während der Influenza hat Pat. keine weitere Temperaturerhöhung verspürt. Syphilis und Alkoholismus werden geleugnet.

Stat. praes.: Pat. von mittlerer Statur, gutem Ernährungszustande, kräftigem Skelett und überaus stark entwickelter Muskulatur.

Sensorium frei, keinerlei Schmerzen, hingegen klagt Pat. noch jetzt über Vertaubungsgefühl und Kriebeln in den Finger- und Zehenspitzen. Die motorische Kraft beider Arme, namentlich des rechten, sehr stark herabgesetzt, was ganz auffallend mit der überaus kräftigen Entwickelung der Armmuskulatur contrastirt. Biceps- und Tricepsreflex erloschen. Keine auffallende Störung der Sensibilität der Arme. Die faradische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln der Arme normal. Der Gang unsicher, taumelnd, auch hat Pat. beim Gehen die Empfindung von Schwindel und Schwäche in den Beinen. Die motorische Kraft der unteren Extremität leicht herabgesetzt. Kein Fussklonus. Patellarreflexe völlig erloschen. Bis auf die erwähnten Paraesthesien keinerlei Sensibilitätsstörungen. Die faradische Erregbarkeit auch an den unteren Extremitäten anscheinend normal. Bauchdecken- und Cremasterreflex erhalten. Blase und Mastdarm ohne Functionsstörung. Die Pupillen mittelweit, reagiren prompt auf Lichteinfall und Accommodation. Anscheinend leichte Parese des rechten Facialis, mässige Deglutitionsbeschwerden.

An den Organen der Brust- und Bauchhöhle normaler Befund. Mässig träge Darmthätigkeit. Puls von normaler Frequenz. Temperatur nicht erhöht.

Die Behandlung bestand in der Anwendung von Zinc. valerian., Bädern von 30° mit nachfolgender lauer Uebergiessung und Faradisation der Nervenstämme der oberen und unteren Extremität.

Bis zum 16. December keinerlei Veränderung, an diesem Tage macht Pat. die Angabe, dass er die Empfindung habe, als ob seine Kraft wiederkehre.

20. Dec. wird notirt, dass Pat. noch immer über Paraesthesien in Händen und Füssen klagt.

22. Dec. Deutliche objective Zunahme der Kraft der oberen und unteren Extremitäten, namentlich aber der Arme.

Am 24. Dec. verlässt Pat. das Hospital. Wie mir Herr College Dr. Höhlein mittheilte, in dessen Behandlung Pat. verblieb, besserte sich sein Befinden zusehends, so dass er schon nach 3 Wochen ein Pferd besteigen und seine gewohnte Beschäftigung als Reiter wieder aufnehmen konnte. Während die Reflexe an

[1]) Leyden: Berl. klin. Wochenschr. 1890, № 10.

den Armen wiederkehrten, die Paraesthesien wichen, die motorische Kraft sich vollkommen restituirte, so ist doch noch jetzt (1. April) keine Andeutung eines Patellarreflexes zu erkennen.

Der zweite ungleich schwerere Fall betrifft einen jungen Franzosen, der sich gleichfalls durch eine fast herkulische Entwickelung seiner Körpermuskulatur auszeichnete. Derselbe wurde am 3. Dec. 1889 in's Deutsche Alexander-Hospital aufgenommen.

A. P., 25 a. n., Kaufmann, ist eine in Sportkreisen St. Petersburgs wohlbekannte Persönlichkeit, der als Turner, Ruderer und Radfahrer gleich ausgezeichnet ist. Vor 4 Monaten ist Pat. aus Frankreich zurückgekehrt, wo er seiner 3-jährigen Militärpflicht nachgekommen war. Pat. hat stets sehr mässig gelebt, niemals in Baccho und Venere excedirt, ist niemals sexuell inficirt gewesen.

Seinen Angaben zufolge erkrankte Pat. vor 14 Tagen an der Influenza, überstand dieselbe in wenigen Tagen und erkrankte eine Woche darauf ohne jegliche Temperatursteigerung an Urticaria. Gleichzeitig bemerkte er jedoch auch eine rasch zunehmende Schwäche der Beine, welche sich nach einigen Tagen den Armen mittheilte und ihn zwang, die Hilfe des Hospitals aufzusuchen.

Stat. praes.: Kräftig gebauter Mann von mittlerer Grösse, derbem Knochenbau, ausnehmend kräftiger Muskulatur. Sensorium frei, keine Schmerzen, nur leichtes Vertaubungsgefühl und Kriebeln in den Zehen — namentlich aber in den Fingerspitzen. Conjunctivae leicht injicirt, Gesicht mässig geröthet, Pupillen mittelweit, reagiren präcise auf Lichteinfall und Accommodation; Bewegungen der Bulbi normal. Keine Störung der Gesichtsmuskulatur. Alle Bewegungen, wie Umwenden im Bette, Aufstehen etc. in hohem Grade unbeholfen. Der Gang unsicher, taumelnd und schlotternd, keineswegs ataktisch, kein Schwindel beim Gehen oder Stehen mit geschlossenen Augen. Die motorische Kraft beider Beine stark herabgesetzt, auch die willkürlichen Bewegungen der unteren Extremität deutlich beeinträchtigt. Auch die Arme sehr schwer beweglich, namentlich der linke soweit paretisch, dass er nicht bis zur Horizontalen erhoben werden kann. Die Kraft beider Arme in hohem Grade herabgesetzt. An der Rumpfmuskulatur anscheinend keine Veränderung. Keinerlei Sensibilitätsstörungen höheren Grades. Druck-, Temperatur-, Raum- und Muskelsinn normal. Keine Verlangsamung der Schmerz- und Temperaturempfindungsleitung. Druck auf die Nervenstämme (im Sulc. bicipit. int., die Nn. ulnares, radiales, ischiadici, peronei etc.) in hohem Grade schmerzhaft. Ebenso wird auch ein leichtes Reiben der Muskeln zwischen den Fingern im Bereiche der paretischen Regionen als in hohem Grade empfindlich angegeben. Die Hautreflexe normal. Sehnenreflexe erloschen, Cremaster- und Bauchdeckenreflex herabgesetzt erhalten. Die mechanische Erregbarkeit der Muskeln der Arme und Beine normal. Die faradische Erregbarkeit der Muskeln und Nervenstämme eher etwas erhöht, jedenfalls durchaus nicht herabgesetzt. Keine Blasen- und Mastdarmstörungen. Temperatur normal, ebenso auch die Pulsfrequenz. An den inneren Organen keine Abweichung constatirbar. Urin eiweiss- und zuckerfrei.

4. Dec. Die Lähmung an den oberen und unteren Extremitäten weiter vorgeschritten. An den Beinen scheinen namentlich die mehr central belegenen Muskelgruppen stärker befallen zu sein als die peripheren, da der Oberschenkel so gut wie garnicht bewegt werden kann, die Bewegungen im Kniegelenk etwas freier von Statten gehen und die Plantar- und Dorsalflexion und die übrigen Bewegungen der Füsse und Zehen relativ am besten ausgeführt werden. Aehnlich erscheinen auch die Verhältnisse an der oberen Extremität. Während die Bewegungen im Handgelenke und den Fingern wenig gestört sind, zeigen die Actionen im Ellenbogen und Schultergelenke eine hochgradige Beeinträchtigung. Die Rumpfmuskulatur leicht paretisch. Zum Abend Parese des linken Facialis vom Charakter der peripheren Lähmung.

5. Dec. Leichte Urticaria. Die Lähmung an den Extremitäten noch ausgesprochener, deutliche linksseitige Facialisparalyse, leichte Lähmung des rechten Facialis. Bauchdeckenreflex erhalten, leichte Andeutung von Cremasterreflex. — Zum Abend klagt Pat. über Schlingbeschwerden. Corneal- und Pharynxreflex erhalten. Die faradische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven leicht gesteigert. Temperatur normal, auch der Puls nicht beschleunigt. Urin frei von Eiweiss und Zucker (Consultation mit Prof. Mierszejewski).

6. Dec. Die Lähmungserscheinungen weiter vorgeschritten. Pat. liegt so gut wie bewegungslos im Bett. Das Schlucken sehr erschwert. Rechte Facialisparalyse stärker ausgebildet, keine Zungen- und Gaumenlähmung.

9. Dec. Stat. id. Leichtes Kriebeln in den Händen. Starke Beschwerden beim Schlingen, Pat. kann nur fein zerkleinerte und flüssige Nahrung zu sich nehmen. Beide Lidspalten offen, starker Thränen- und Speichelfluss.

12. Dec. Fast complete Lähmung aller Extremitäten und beider Faciales. Schlingbeschwerden. Erschwerung der Exspiration, so dass Pat. nicht zu niesen und husten vermag, auch besteht Unvermögen bei der Defaecation die Bauchpresse wirken zu lassen. Keine Zwerchfellslähmung.

22. Dec. Pat. kann nur ganz schwache Bewegungen mit den Zehenspitzen, den Fingern und der Hand ausführen. Sensibilität normal, die Reflexe erloschen. Druck auf die Nervenstämme und leichtes Kneten der Muskeln in hohem Grade schmerzhaft, die mechanische Erregbarkeit der Muskeln normal. Deutliche Atrophie der Glutaealmuskulatur, des M. biceps brachii rechts und links, der Deltoidei, Interossei der Hand, der linken Gesichtshälfte und der Oberschenkelmuskulatur. Die faradische Erregbarkeit der meisten Nerven herabgesetzt oder erloschen, im Bereich der erwähnten Muskeln deutliche Entartungsreaction. Die Lidspalten offen, starker Thränenfluss. Die Unterlippe herabhängend, vermehrte Speichelsecretion. Beim Essen muss Pat. mit dem Löffel gefüttert werden und kann nur ganz fein zerkleinerte und flüssige Nahrung geniessen. Ueber den Lungen vereinzeltes Schleimrasseln, leichter Husten.

5. Jan. Leichte Wiederkehr der Beweglichkeit. Pat. kann im Bade die Finger leicht spreitzen und den linken Arm flectiren, auch kleine Bewegungen in den Sprunggelenken ausführen. Die Erschwerung der Exspiration geringer, auch weniger Deglutitionsbeschwerden.

10. Jan. Pat. kann auch ausserhalb des Bades den linken Arm flectiren und leichte Bewegungen im rechten Kniegelenke ausführen. Keine Beschwerden beim Schlucken. An einzelnen Nerven ist eine Steigerung der elektrischen Erregbarkeit zu erkennen.

16. Jan. Pat. kann beide Beine bewegen, die Arme flectiren und bis zur Horizontalen erheben. Keine Respirationsstörung mehr, leichte Beweglichkeit im Bereiche des rechten Facialis. Die linke Facialismuskulatur und die Deltoides zeigen noch immer eine Umkehr der galvanischen Erregbarkeit. Die Atrophie dieser Muskeln stark vorgeschritten.

20. Jan. Täglich fortschreitende Besserung, die Augenlider werden vollkommen geschlossen.

5. Febr. Pat. ist im Stande mit Unterstützung zu stehen, führt alle Bewegungen mit den Armen aus, raucht, geniesst jede Nahrung, bringt den Tag in sitzender Stellung zu.

15. Febr. Pat. geht mit Hilfe eines Stockes im Zimmer umher. Bis auf den linken Facialis sind alle Nervenstämme und Muskeln faradisch erregbar.

25. Febr. Pat. geht ohne Unterstützung frei umher. Im Bereiche der Arme keine Spur von Parese, die Muskelatrophie weniger deutlich.

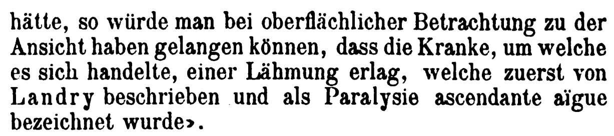
6. März. Alle Bewegungen des Körpers unbehindert ausführbar, leichte Parese des linken Facialis. Keine Paraesthesien. Pat. macht täglich Spaziergänge im Freien. Die Nervenstämme und Muskeln nicht mehr druckempfindlich. Die faradische Erregbarkeit der meisten Nerven anscheinend nur wenig herabgesetzt; unerregbarer, aber immerhin doch reactionsfähig erscheinen die beiden Faciales, namentlich der linke, die beiden Deltoides, die Interossei der Hand, die Daumenmuskulatur der einen Hand. Die erwähnten Muskeln noch leicht atrophisch. Jedoch ist Pat. im Stande bei horizontal erhobenem Arm 20 ℔ zu halten. Keine Sensibilitätsstörungen. Die mechanische Erregbarkeit der Muskeln normal. Biceps-, Triceps-, Bauchdecken- und Cremasterreflex vorhanden, beiderseitiges Fehlen des Patellarreflexes. Erwähnenswerth ist noch der Umstand, dass Pat. in der letzten Zeit stärkere Oedeme der unteren Extremität gezeigt hat, welche nun verschwunden sind und ferner, dass an Armen und Beinen eine starke Behaarung aufgetreten ist, welche früher fehlte.

16. März. Pat. wird aus dem Hospital entlassen.

In therapeutischer Beziehung wurde Pat. gleich im Beginne der Behandlung längs der Wirbelsäule mit dem Pacquelin gebrannt und erhielt 10 Frictionen mit grauer Salbe à 4,0 und gleichzeitig Jodkali. Vom 13. Dec.—5. Jan. wurde derselbe mit Einpackungen in nasskalte Laken und nachfolgender kalter Abwaschung und Abreibung behandelt, erhielt innerlich Zinc. valerian., später Argent. nitric., und wurde täglich galvanisirt, jeden anderen Tag eine subcutane Strychnininjection.

Vom 5. Jan. ab bestand die Behandlung in täglichen Bädern mit kühlerer Uebergiessung, später Douchen, Massage und Faradisation.

Resumiren wir kurz den Krankheitsverlauf, so ergiebt sich folgendes: Eine Woche nach der Influenza erkrankt Pat. unter dem Ausbruche einer Urticaria an einer an den unteren Extremitäten beginnenden, sich im Laufe von 2 Wochen allmälig dem ganzen Körper mittheilenden, schlaffen, motorischen Lähmung, welche auch einzelne der Hirnnerven nicht verschont. Gleichzeitig erlöschen die Reflexe und es stellen sich im weiteren Verlaufe Muskelatrophien und Entartungsreaction ein, während sich zu Anfang eher eine Steigerung der elektrischen Erregbarkeit bemerkbar machte. Während der Zunahme der Lähmungserscheinungen erwiesen sich die verschiedenen Nervenstämme druckempfindlich und die Muskeln bei leichtem Kneten sehr schmerzhaft. Mit



Ausnahme leichter Paraesthesien wurden Sensibilitätsstörungen zu keiner Zeit beobachtet. Nach 2wöchentlichem Stillstande der Krankheitserscheinungen trat dann eine rasche Besserung ein bis zu einer nahezu vollständigen Genesung, während gleichzeitig vasomotorische und trophische Störungen — Oedeme und eine abnorme Behaarung auftreten.

Augenscheinlich konnte es sich hier nur um 3 Krankheitsbilder handeln, die in diagnostischer Beziehung in Frage kommen können — die acut aufsteigende Spinalparalyse (Landry'sche Lähmung), die acute Poliomyelitis ant. und die acute multiple Neuritis der peripheren Nerven.

Für die Auffassung des Leidens als periphere multiple Neuritis, deren Bild zuerst von Leyden[2]) ausführlicher skizzirt ist, sprachen die Schmerzhaftigkeit der Nervenstämme und Muskeln auf Druck, der periphere Charakter der Facialislähmung, die früh sich ausbildenden Muskelatrophien, das rasche Erlöschen der elektrischen Erregbarkeit mit Uebergang zur Entartungsreaction, die Betheiligung der Hirnnerven an der Lähmüng und die relativ rasche Besserung.

Ein Symptom, auf welches Nothnagel[3]) besonderen Nachdruck legt und welches wir an unserem Kranken vermissen — eine palpable Anschwellung der afficirten Nervenstämme, braucht nicht gegen die Auffassung eines peripheren Leidens zu sprechen, da dasselbe, wie Nothnagel selbst angiebt, gelegentlich fehlen kann und thatsächlich häufig fehlt, und ferner augenscheinlich nur einen graduellen Ausdruck des innerhalb des Epineuriums spielenden pathologischen Processes vorstellt.

Gegen die Annahme einer Poliomyelitis ant. ac., an deren Vorkommen namentlich in Hinblick auf einen unzweideutigen von F. Schultze[4]) gemachten anatomischen Befund nicht mehr zu zweifeln ist (Strümpell), muss im gegebenen Falle ausgeführt werden: die Betheiligung der Faciales und des Glossopharyngeus an der Lähmung, sowie die mässigen Reizerscheinungen der sensiblen Sphäre, das Vertaubungs- und Kriebelgefühl in den Extremitäten. Ebensowenig dürfte jedoch auch wegen des Mangels stärkerer Schmerzen gegen die Diagnose «Polyneuritis acuta» ein Einwand erhoben werden.

Aus der Literatur lassen sich zahlreiche Beläge wohl beobachteter Neuritisfälle anführen, welche gleichfalls durch das Fehlen erheblicher sensibler Reiz- oder Lähmungserscheinungen ausgezeichnet waren.

Schwieriger dürfte, wie schon Strümpell[5]), Bornhardt[6]), Rosenheim[7]) u. A. beobachteten, die Abgrenzung der acuten Polyneuritis sein gegenüber der Landry-schen Paralyse, da letztere sich auf kein genügend klinisch festgestelltes Krankheitsbild stützt und lediglich einen Symptomencomplex bedeutet, welchem wenigstens bis jetzt kein allgemein anerkannter pathologischer Befund zu Grunde liegt (Hirt[8]).

Wie weit die Aehnlichkeit der beiden in Rede stehenden Krankheiten geht, dürfte am besten der Ausspruch Eichhorst's[9]) beweisen, welcher von seinem als Polyneuritis durch die Obduction sicher gestellten unter dem Bilde der Landry'schen Lähmung verlaufenen Falle sagt: «Wenn nicht zum Theil der Zufall eine günstige Rolle gespielt hätte, so würde man bei oberflächlicher Betrachtung zu der Ansicht haben gelangen können, dass die Kranke, um welche es sich handelte, einer Lähmung erlag, welche zuerst von Landry beschrieben und als Paralysie ascendante aïgue bezeichnet wurde».

Aehnliche Erfahrungen haben auch andere Forscher machen können (Strümpell, Broadbent[10]), Myrtle[11]), Rosenheim, Möbius[12]), Pitres et Vaillard[13]) u. A.).

Als charakteristisch für die Landry'sche Lähmung hat Westphal[14]) folgende Merkmale angegeben: Fehlen der Sensibilitätsstörung, Fortbestehen der normalen elektrischen Erregbarkeit der Nerven und Muskeln, den fieberlosen Verlauf und den absolut negativen pathologisch-anatomischen Befund im Centralnervensystem. Einer ähnlichen Auffassung begegnen wir in der Mittheilung von Schulz-Schultze[15]). In der Folge haben alle diese Punkte eine wesentliche Einschränkung erfahren. So wurden mehrere Fälle von angeblich Landry'scher Lähmung beschrieben, bei denen eine schwächere oder stärkere Aenderung der elektrischen Erregbarkeit beobachtet wurde (Jaffe[16]), Kahler und Pick[17]), Schulz-Schultze, Hoffmann[18]). Auch fehlt es nicht an Beobachtungen, bei denen sensible Reiz- und Lähmungserscheinungen mehr oder weniger in den Vordergrund traten (Hoffmann, Kahler und Pick u. A.), die mithin nach Rosenheim nicht mehr ausschlaggebend sein können gegen eine Landry'sche Lähmung. Was schliesslich den pathologisch-anatomischen Befund anbetrifft, so sind darüber die Meinungen gleichfalls getheilt. Einzelne Autoren berichten über positiv sehr verschiedenartige Befunde im Rückenmark und der Medulla oblongata, andere haben wiederum vergebens nach solchen gesucht. Der Mangel irgend eines charakteristischen Merkmales in klinischer oder pathologisch-anatomischer Beziehung lässt es begreiflich erscheinen, dass sich unter den bekannten Neuropathologen der letzten Zeit allmälig das Bestreben geltend macht, den Begriff der Landry'schen Lähmung ganz fallen zu lassen. An Stelle dessen macht Schultze[19]) den Vorschlag rein symptomatisch zn verfahren und von einer acuten und subacuten aufsteigenden motorischen, gemischten und atrophischen Paralyse zu sprechen.

Um zu unserem Falle zurückzukehren, so müsste demnach derselbe als eine acut aufsteigende motorische und atrophische Paralyse zu deuten sein. Die enorme Druckempfindlichkeit der Nervenstämme und die Schmerzhaftigkeit der Muskulatur bei leisem Kneten dürften jedoch mit grosser Sicherheit auf die periphere Natur des Leidens hinweisen. Es wäre ferner auch nicht ganz unmöglich, dass wir es hier mit einem Falle zu thun haben, welcher nach Senator's[20]) Auffassung als eine primäre multiple infectiöse Myositis zu deuten wäre, welche secundär aufsteigend sich den Nerven mittheilt und zu einer peripheren Neuritis führt. Da hier keine mikroskopischen Untersuchungen der Musculatur vorliegen, auch bei dem Eintritt des Pat. in das Hospital sowohl die Nervenstämme als auch die Musculatur *gleich* druckempfindlich waren, so lässt sich eine Entscheidung in der einen oder anderen Richtung schwer treffen.

Was den ersten Fall dieser Mittheilung anbetrifft, so ist derselbe allerdings nicht so typisch und ausgebildet wie der

---

[2]) Leyden (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. I). Die in dieser Mittheilung hervorgehobenen Literaturangaben können lange nicht den Anspruch auf Vollständigkeit machen. Ich habe, da es sich hier hauptsächlich um ein rein casuistisches Interesse handelt, nur diejenigen Arbeiten berücksichtigt, die mir leichter zugängig waren und für den Zweck dieser Mittheilung unumgänglich nothwendig erschienen.

[3]) Nothnagel: Volkmann's Samml. klin. Vortr. 103.

[4]) F. Schultze, Virch. Arch. 68 u. 73.

[5]) Strümpell, Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 14.

[6]) Bornhardt, Zeitschr. f. klin. Med. 11.

[7]) Rosenheim, Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 18.

[8]) Hirt, Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten. Wien 1890.

[9]) Eichhorst, Virch. Arch. 69.

[10]) Broadbent, Med. Chir. Transact. Vol. 67. cit. nach Bornhardt l. c.

[11]) Myrtle, Brit. med. Journ. 1882, II, cit. nach Bornhardt. l. c.

[12]) Möbius, Centralbl. f. Nervenheilk. 1887, № 5. Ref. in Virchow-Hirsch's Jahresb. 1887, II, p. 142.

[13]) Pitres et Vaillard, Arch. de Physiol. 1887. Ref. in Virschow-Hirsch's Jahresb. 1887, II, p. 142.

[14]) Westphal, Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 6.

[15]) Schulz-Schultze, Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 12

[16]) Jaffé, Berl. klin. Wochenschr. 1878, № 44.

[17]) Kahler und Pick, Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 10,

[18]) Hoffmann, Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 15.

[19]) Schultze, Berl. klin. Wochenschr. 1883, № 39.

[20]) Senator, Zeitschr. f. klin. Med. 14.



zweite, dürfte jedoch im Lichte des letzteren gleichfalls als eine Neuritis multiplex anzusehen sein.

Es bleibt nur noch übrig auf die Aetiologie der beiden Fälle etwas näher einzugehen. Dass dieselben als Folgezustände der Influenza anzusehen sind, ist schon aus dem Grunde sehr wahrscheinlich, weil die ersten nervösen Erscheinungen im Verlaufe der ersten Wochen nach der Influenza beobachtet wurden, mithin zu einer Zeit, in welcher die meisten Folgezustände der Grippe zur Entwickelung kommen. Mehr Gewicht möchte ich aber auf den Umstand legen, dass wir es in der Influenza mit einer Infectionskrankheit zu thun haben, welche wie jede andere Infectionskrankheit befähigt sein muss unter gewissen Verhältnissen sich in den Nerven zu localisiren und daselbst eine Neuritis hervorzurufen. Dass wir in einem grossen Theile der multiplen Neuritiden den Ausdruck einer Infection erblicken müssen (Strümpell, Leyden, Eisenlohr[21]), Senator u. A.), dürfte wohl kaum zweifelhaft sein, mögen hierbei nun die Mikroorganismen als solche eine Rolle spielen, wofür die Experimente d'Albundo's[22]) sprechen würden oder ihre Stoffwechselproducte (Rosenheim). Nur so liess sich die Wahrnehmung erklären, dass wir die Polyneuritis hauptsächlich im Gefolge von Infectionskrankheiten (Typhus exanth. und abdom., Diphtherie, Erysipel, Scarlatina, Syphilis, Tuberculose, Malaria, Variola, Parotitis etc.) beobachten[23]). Ebenso müssen infectiöse Einflüsse beschuldigt werden, da so die Polyneuritis als eine mehr selbständig primäre Krankheit auftritt, wie in Ostasien und Amerika als Kakke und Beri-Beri (Baelz[24]), Scheube[25]), Piersson[26]), Pekelhäring und Winkler[27]) u. A.).

In dieser kleinen Mittheilung habe ich mir nur erlaubt darauf hinzuweisen, dass auch der Krankheitsstoff der Influenza gelegentlich im Stande ist, eine Neuritis multiplex zu veranlassen.

Ein seltener Fall von Scharlach.

Von
Dr. med. J. Israelsohn
in Jacobstadt (Curland).

Am 22. März a. c. wurde ich zu einer am nämlichen Tage, dem 4. Tage nach ihrer ersten Niederkunft, erkrankten Wöchnerin gerufen. Geburt und die ersten 3 Wochenbettstage sollen in durchaus normaler Weise verlaufen sein. Ich fand die 23-jährige, robuste Frau, die einige Stunden vorher einen starken Schüttelfrost durchgemacht hatte, in schwerer Fieberhitze liegen. Zunge trocken, Temp. 40,8, Puls 120, gespannt. Sonst aber nichts Abnormes, insbesondere keine Druckempfindlichkeit des Leibes, auch spontan wird über keinerlei Schmerzen, abgesehen von starken, vom Fieber bedingten Kopfschmerzen, geklagt. Lochialsecret der Zeit entsprechend geröthet, aber ohne üblen Geruch. Brustorgane normal, *Mandeln nicht geröthet*, Milz nicht geschwellt, *keinerlei Exantheme*. Das Fieber hielt sich in den ersten 4 Tagen, mit knappen, nicht wesentlich in Betracht kommenden Schwankungen, auf gleicher Höhe. Am 5. Tage, Morgens, trat die erste stärkere Remission ein (38,8), um am 8. Krankheitstage der normalen Temperatur Platz zu machen. Während dieser ganzen Zeit war ausser dem Fieber kein einziges anderes Symptom in die Erscheinung getreten. Das ganze Krankheitsbild wurde ausschliesslich von ihm beherrscht. Ich stand wie vor einem Räthsel. Am ehesten glaubte ich es noch mit einem rudimentären Typhus zu thun zu haben.

Da, am 8. April, also 17 Tage nach ihrer Erkrankung, wurde ich wiederum zur Pat. gerufen. Ich fand sie mit hydropisch angeschwollenem Gesicht und mit Oedemen an den Fussrücken und Tibien. Urin stark eiweisshaltig. Jetzt schoss mir plötzlich der Gedanke durch den Kopf, dass ich, noch während Pat. an ihrer Fieberkrankheit laborirte, an Scharlach erkrankte [illegible]r in Behandlung bekam, die Müttern angehörten, welche zur Pat. in naher Beziehung standen. Die eine Frau, Schwester der Pat., war ihre Pflegerin während ihrer Krankheit. Den 25. März, also 3 Tage nach Ausbruch der Krankheit unserer Pat., erkrankte ein Kind dieser Frau, die, nebenbei gesagt, in einem anderen Hause wohnte, an legitimem Scharlach mit gut ausgeprägtem Exanthem und deutlicher Angina, und einige Tage nachher ein anderes Kind. Ebenso erkrankte am 28. März ein Kind der Hebamme, welche die Pat. pflegte, an deutlich ausgesprochenem Scharlach und bald darauf noch 2 andere Kinder. Hervorheben muss ich noch, dass wir im verflossenen Jahre 1889 eine ausgebreitete, zum Theil recht bösartige Scharlachepidemie hier am Orte hatten, dass aber jetzt schon seit Monaten meines Wissens kein Scharlachfall hierselbst vorgekommen ist. Alles dieses, zusammengehalten mit der gegenwärtigen Nephritis unserer Pat., öffnete mir die Augen darüber, um was es sich bei ihrer voraufgegangenen Krankheit gehandelt haben müsse, um ein Scharlachfieber. Dass es aber einen Scharlach ohne Localisationen geben könne, eine — sit venia verbo — Scarlatina sine angina nec exanthemate, das war mir bis hierzu fremd. In der erwähnten Epidemie vom vorigen Jahre sind mir recht viele rudimentäre Fälle zu Gesicht gekommen, ja, es ist mir öfter vorgekommen, dass Mütter bei auftretenden Oedemen ihrer Kinder erst auf Befragen sich eines undeutlichen Exanthems oder einer unbedeutenden Angina zu erinnern wussten. Aber es waren, wenn auch flüchtige, so doch immerhin Localisationserscheinungen. Fieber aber als einzige Manifestation einer scarlatinösen Infection, wenn wir von der späteren Nephritis absehen, das war mir denn doch neu. In den Lehrbüchern von Niemeyer, Vogel, Henoch finde ich etwas Derartiges nicht erwähnt, ebenso wenig in der — mir hier am Orte zugänglichen — Journal-Literatur. Nur im alten Wunderlich finde ich eine Notiz, die ich im Sinne meines Falles verwerthen zu können glaube. Er sagt (Handbuch der Pathologie und Therapie, Ausgabe 1854, Bd. II, pag. 555): „In einem Hause, wo die beiden einzigen Kinder an Scharlach starben, wurden gleichzeitig der Vater von einer Angine mit pseudotyphösen Symptomen, *die Mutter von einer Colitis mit ungewöhnlicher Mattigkeit und die Dienstmagd von einem sehr heftigen, nicht localisirten und rasch vorübergehenden Fieber und starker, an Erythem grenzender Fieberröthe des Gesichtes befallen*".

Rechnen wir zu den beiden gewöhnlichen Localisationen des Scharlachs, der Angina und dem Exanthem, als dritte, freilich verspätete, noch die Nephritis hinzu — bei der ausserordentlichen Häufigkeit ihres Auftretens ist es gewiss gerechtfertigt sie eher als Scharlach-Localisation denn als Scharlach-Complication zu betrachten —, so ist nicht einzusehen, weshalb nicht auch, ebenso gut wie jede der beiden ersten Localisationen für sich, beide zusammen einmal fehlen können. Dass es sich aber in meinem Falle durchaus um Scharlach und nicht um etwas Anderes gehandelt haben könne, dafür scheinen mir ausser dem oben Auseinandergesetzten auch noch die *Art des Fieberverlaufes* (hohe Continua während der ersten 4 Tage, allmälige Defervescenz bis zum 8. Tage) und die *Zeit des Auftretens der Nephritis* (Mitte der 3. Woche nach Beginn des Fiebers) zu sprechen.

Ist aber der in Rede stehende Fall Scharlach, so ist auch das von Interesse, dass ein blosses Scharlach*fieber* ohne Localisationserscheinungen ansteckend sein kann, und zwar ansteckend durch Vermittelung dritter Personen. Es beweist ferner auch, dass die Incubationszeit des Scharlachs eine überaus kurze sein kann. Denn selbst wenn wir annehmen, dass das erste Kind der Schwester der Pat. gleich am 1. Tage der Erkrankung letzterer (22. März) inficirt worden ist, so kann die Incubationsdauer, da das Exanthem schon am 25. durchbrach, höchstens 3 Tage, wahrscheinlich aber, mit Abzug der Prodrome, nur 2 Tage gedauert haben.

Erwähnt sei noch zuletzt, dass die Nephritis in ca. 8 Tagen unter Wannenbehandlung prompt ausheilte.

Bei der, wie mich dünkt, ausserordentlichen Seltenheit von dem obigen analogen Scharlachfällen glaubte ich diesen — an sich interesselosen — Fall der Veröffentlichung werth halten zu dürfen.

Reichenhall als Moorbad.

Von
Dr. Bulling, Arzt.

Als beliebtes Reiseziel — wegen seiner herrlichen Lage und wunderschönen Umgebung (Salzburg, Berchtesgaden, Königssee) von Tausenden von Touristen, welche ihre Ferien in unseren stolzen Bergen zubringen, jährlich aufgesucht; — als altbewährtes Soolbad, durch die Concentration seines Salzwassers (24% Chlornatrium) unter den gleichartigen Bädern in erster Reihe stehend; — als grösster deutscher klimatischer Curort, mit seiner windgeschützten Lage, seiner staubfreien Luft, den duftenden Fichten- und Tannenwäldern, welche unser Städtchen mit einem immer grünen Kranze umgeben, mit seinen ozon-erzeugenden, Kühlung spendenden Gradirwerken, seiner mustergiltigen I[illegible]

[21]) Eisenlohr, Berl. klin. Wochenschr. 1887, № 42.

[22]) d'Albundo, La Riforma med. Ref. in Virchow-Hirsch's Jahresb. 1887, II, 155.

[23]) Vergl. Remak: Kap. Neuritis in Eulenburg's Realencyclopädie 1889.

[24]) Baelz, Zeitschr. f. klin. Med. IV.

[25]) Scheube, Arch. f. klin. Med. Bd. 31 u. 32 und Virchow's Arch. 95.

[26]) Piersson, Volkmann's Samml. klin. Vortr. 229.

[27]) Pekelhäring und Winkler, Deut. m. Wochenschr. 1887, № 39.

halations- (System „Jahr“!) und pneumatischen Anstalt, seiner vorzüglichen Ziegenmolke und seinen nicht gerade gut schmeckenden aber sicher gut wirkenden Kräutersäften; — als Terraincurort unter Prof. O e r t e l's Aegide genau nach dessen Vorschrift eingerichtet, mit mannigfachen, landschaftlich abwechslungsreichen Wegen versehen — ist Reichenhall allen Aerzten längst wohlbekannt!

Ein weiteres Heilagens, das sich hier findet, ist der Moor, der sowohl in Bädern, als auch in Form von localen Umschlägen seit längerer Zeit, aber, wie ich glaube, im Vergleiche zu seiner Wirksamkeit zu selten zur Verwendung kommt!

Eine auf meine Veranlassung vorgenommene Analyse ergab in 1000 Theilen Moor (derselbe entstammt einem 1 Stunde von hier entfernten Moorlager bei Schwarzbach) in lufttrockenem Zustande:

Humussäuren	235,0
Eisenoxyd Fe_2O_3	26,9
Magnesia MgO	5,3
Kali K_2O	6,4
Natron Na_2O	8,5
Gesammtschwefelgehalt berechnet auf Schwefelsäureanhydrit	14,2
Phosphorsäure berechnet auf Phosphorsäureanhydrit	7,2

In vielen Fällen von chronischer Metritis, Para- und Perimetritis, acutem und chronischem Rheumatismus, Neuralgie und Neurasthenie hatte ich Gelegenheit, hier Warmbäder gebrauchen zu lassen, meist mit überraschend gutem Erfolge! Die betr. Kranken nehmen gewöhnlich 15—30 Bäder von 28—30° und 10-45 Minuten Dauer. In einzelnen, besonders hartnäckigen Fällen von Perimetritis liess ich den Moorbädern mehrere Liter Edelsoole und Mutterlauge, in solchen von Neuralgie und Neurasthenie: Latschenextract (aus der den alpinen Regionen angehörigen Legföhre: Pin. pumilio = Latsche, dargestellt) zusetzen.

Die Bäder wurden ausnahmslos vorzüglich vertragen mit dem Arzte wie dem Patienten ersichtlicher Besserung des Allgemeinbefindens.

In manchen Fällen, in welchen z. B. aus einem speciellen Grunde für einen Patienten ausser dem Gebrauche eines Moorbades Aufenthalt in den Alpen indicirt ist, oder in Fällen, in welchen ein Familienmitglied den klimatischen Curort Reichenhall aufsuchen muss, während ein zweites Moorbäder benöthigt, Fälle, die gar nicht so selten vorkommen, dürfte Reichenhall allen Ansprüchen der Kranken sowohl als auch des Arztes vollauf genügen! Und auf diesen Punct die Aerzte aufmerksam zu machen ist der Zweck dieser Zeilen, die auch deswegen über Indication und Contraindication des Moorbades dahier Nichts enthalten, da diese wohl den anderen Moorbädern völlig analog sind.

Referate.

A n d r e w C l a r k: Ueber Blutspeien nichttuberculösen Ursprungs im späteren Lebensalter. (Vortrag, gehalten in der med. Gesellschaft zu London 21. Oct. 1889. Med. Press and Circular № 2634).

Befangen in der Lehre, dass jede Lungenblutung, die nicht auf Herzkrankheiten oder bösartigen Neubildungen beruht, tuberculösen Ursprungs sei, war C. überrascht durch die grosse Zahl von Fällen von Hämoptoe bei alten Personen, die weder vor- noch nachher Zeichen von Tuberculose darboten. Da entdeckte er eine bisher nicht beschriebene Ursache von Lungenblutung. Ein über 50 Jahre alter Pat., der seit Jahren an gichtischen Gelenkentzündungen und jeden Winter sich wiederholenden Bronchialcatarrhen litt, trat mit einem solchen Anfall subacuten Bronchialcatarrhs in's Hospital. Congestion der hinteren unteren Partien der Lungen. Emphysem an der Vorderfläche beider Lungen. Herz und grosse Gefässe gesund. 14 Tage später im Auswurf kleine Mengen Blut; trotz aller üblichen Maassnahmen Fortdauer der Hämoptoe und Tod. Section: Herz und grosse Gefässe ohne wesentliche Veränderung. Bronchialschleimhaut geschwollen, injicirt, mit schleimig-eitrigem Belag. Die vorderen Partien beider Lungen blass, trocken, emphysematös, hinten spärliche emphysematöse Herde, umgeben von Blutextravasaten. Hyperämie der hinteren Lungenpartien. Keine Tuberculose, keine Neubildung. Makroskopisch war also nichts Besonderes nachweisbar. Das Mikroskop zeigte, dass die Hämorrhagien in unmittelbarster Nähe der emphysematösen Herde sassen und dass der grösste Theil der kleinen Endarterien erkrankt war. „Wo ein emphysematöser Herd war, da war auch eine kranke Arterie, wo die Arterie erkrankt und auch die Venenanfänge afficirt waren, da war auch eine sich daran schliessende Hämorrhagie“. Den Gang des Krankheitsprocesses dachte sich C. daher so: Structurveränderung der Endäste der Art. pulmon., Degeneration der Capillaren und Venenanfänge, in Folge dessen Emphysem. Weiterhin Thrombose und im Anschluss daran die zum Tode führende Blutung. Woher nun die Gefässerkrankung? Dieselbe bestand in Kernwucherung (nuclear proliferation) in der Tunica media und in „hyaliner Infiltration“ derselben und der T. intima, und war sehr ähnlich den Gefässveränderungen, die sich in den gichtisch erkrankten Gelenken vorfanden. Daher schien es als das Richtigste, die Gefässerkrankung als durch die gichtische Diathese entstanden anzusehen und den Fall als „gichtische Hämoptoe“ (arthritic hämoptysis) zu bezeichnen. Später hat C. noch einen ganz ähnlichen, auch tödtlich verlaufenen Fall gehabt. Seit 1875 hat er dann im Ganzen einige 20 Fälle beobachtet, die offenbar hierher gehören. Da die gewöhnlich bei Lungenblutungen eingeschlagene Therapie nichts half, hat Vortragender, von seiner oben erwähnten Voraussetzung ausgehend, ein gegen die Gicht gerichtetes Verfahren angewandt (wenig Flüssigkeit, zweckmässige Diät, salinische Abführmittel, Calomel, Jodkalium) und damit sehr guten Erfolg gehabt; nach wenigen Tagen stand die Blutung und die Pat. erholten sich schnell. — C. stellt folgende Sätze auf: 1) Es giebt bei älteren Personen, die frei von Herz- und Lungenkrankheiten sind, Blutungen, die durch Structurveränderungen der kleinen Blutgefässe der Lungen entstehen. 2) Diese Gefässerkrankungen finden sich bei gichtischen Personen, sind ähnlich den Gefässveränderungen in gichtischen Gelenken und sind wahrscheinlich selbst gichtischer Natur. 3) Obwohl zuweilen die Erkrankung tödtlich endet, bleiben erhebliche anatomische Veränderungen der Lungen und des Herzens aus. 4) Die Blutung wird durch Adstringentien und Flüssigkeitszufuhr (starker Durst!) verstärkt oder wenigstens unterhalten. 5) Die beste Behandlung ist zweckmässige Diät, Ruhe, Entziehung von Flüssigkeiten, Beruhigung des Hustens, Calomel, salinische Laxantien, Alkalien, Jodkalium und reichliche Gegenreize.

W a n a c h.

S o p h i e M e i l a c h: Die Zuckerarten als Diuretica. (Bullet. de thérap. Bd. 18, pag. 24 ff.).

Nach einer ziemlich eingehenden Besprechung der einschlägigen Literatur (vorwiegend der französischen) kommt Verf., sich auf 4 von ihr beobachtete Fälle von Herzkrankheiten stützend, zu folgenden Schlüssen: Der Milch- und der Rohrzucker sind mächtige, renale Diuretica ohne gleichzeitige Erhöhung des Blutdruckes und Pulsbeschleunigung; die Diurese kommt zu Stande, ohne dass die beiden Zuckerarten in den Harn übergehen, sie werden im Körper verbrannt, stellen ein physiologisches, gleichzeitig ernährendes Mittel dar und verursachen keine nervösen Störungen. Die entleerte Harnmenge übertrifft die des eingenommenen Getränkes und wird durch eine Entwässerung des Blutes bewirkt. Die Diurese ist am stärksten bei cardialen oder cardiovasculären Hydropsien ohne gleichzeitige Albuminurie und bei geringem (1‰) Eiweissgehalt noch immer recht gross, bei Nierenkranken ist sie wohl auch verstärkt, aber nicht stark und nicht andauernd. Der Milchzucker wird zu 100,0 auf 2 Liter Colatur, der Rohrzucker zu 200,0 als 75% Syrup gegeben. Der Effect der Traubencuren beruht auf dem Zuckergehalt der Trauben; die Traubencur kann der Milchcur, wenn diese nicht vertragen wird, substituirt werden.

H i n z e.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

M a x i m i l i a n B r e s g e n: Die Heiserkeit, ihre Ursachen, Bedeutung und Heilung. Nebst einem Anhang über die Bedeutung behinderter Nasenathmung. Berlin und Neuwied 1889. Heuser's Verlag.

In ansprechender Form und klarer Weise wird das im Titel Angegebene besprochen. Es ist ein populärer Vortrag, aber gehört zu den Büchern, die eine ausgedehnte Verbreitung verdienen, um falsche Ansichten (nicht allein des Laienpublicums) zurechtzustellen und weiter zu veranlassen, dass in diesem Gebiete die groben Unterlassungssünden, die sich später schwer rächen, zum Schwinden gebracht würden.

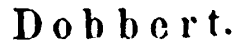
Im Anhang finden sich 2 Schriftstücke mit ähnlicher Tendenz, an das preussische Unterrichtsministerium gerichtet, das aber leider dieselben bis dahin nicht berücksichtigt hat.

J. F. N e u m a n n.

H. F e h l i n g: Die Physiologie und Pathologie des Wochenbettes. Stuttgart 1890. Verlag von F. Enke. 273 Seiten.

Im ersten Theil des vorliegenden Werkes, der „Physiologie des Wochenbettes“, schildert Verf. in knapper, jedoch erschöpfender Weise das normale Puerperium. Ausführlicher wird der zweite Theil „die Pathologie des Wochenbettes“ behandelt, indem nicht nur die verschiedenen Formen des Puerperalfiebers, sondern auch sonstige Erkrankungen, denen die Frau in Folge einer Geburt ausgesetzt ist, berücksichtigt werden. Unter den „auf Infection beruhenden Erkrankungen im Wochenbett“ werden in klarer, leicht fasslicher Form: 1) „die von den Fortpflanzungsorganen ausgehenden infectiösen Erkrankungen“ beschrieben, zu welchen auch die puerperale Endocarditis ulcerosa, Erysipelas, Scarlatina und Tetanus in puerperio gerechnet werden. Hieran schliessen sich 2) „die Erkrankungen der Brüste“. Den Schluss bildet eine Schilderung der „nicht infectiösen Erkrankungen im Wochenbett“. Gute Abbildungen und mikroskopische Zeichnungen, sowie mehrere Fiebercurven vervollständigen das Werk, welches wir Studirenden und Aerzten bestens empfehlen können.

D o b b e r t.





S. Cohn: Uterus und Auge. Eine Darstellung der Functionen und Krankheiten des weiblichen Geschlechtsapparates in ihrem pathogenen Einfluss auf das Sehorgan. Mit einem Vorwort von E. Pflüger. Wiesbaden 1890. Bergmann's Verlag.

Ein Buch wie das vorliegende, welches den Zweck hat, die mannigfachen zwischen zwei Organsystemen in normalem und krankhaftem Zustande obwaltenden Beziehungen in systematischer Weise zu erörtern und so scheinbar entfernte Specialgebiete mit einander zu verknüpfen, wird stets auf eine wohlwollende Aufnahme seitens der praktischen Aerzte wie der Specialisten rechnen dürfen. Verf. hat die schwierige Aufgabe, die Menge des in der medicinischen Literatur weit verstreuten Stoffes zusammenzutragen und dem Leser in knapper übersichtlicher Form vorzuführen, in sehr befriedigender Weise gelöst. Die Eintheilung des reichen Inhaltes ist eine einfache und folgerichtige; es werden nach einander: die normale Menstruation, die Menstruationsanomalien, die Suppressio mensium, Gravidität, Entbindung, Puerperium, Lactation und Blutverluste in ihrer Beziehung zu den Functionen und Erkrankungen des Sehorgans abgehandelt. Bei dem weiten Umfange des Themas und der Schwierigkeit, die einschlägigen, in den verschiedensten Fachblättern niedergelegten Beobachtungen zu sammeln, kann eine vollständige Zusammenstellung aller hierhergehörigen Thatsachen nicht verlangt werden, doch liesse sich eine spätere Auflage des Werkes vielleicht noch in manchen Puncten vervollständigen. (So wird bei Besprechung der Basedow'schen Krankheit der von Moebius u. A. angeführten Insufficienz der Convergenz nicht erwähnt). Dem Texte ist ein umfangreiches (219 Nummern) Literaturverzeichniss vorangeschickt, ein Autoren- und ein Sachregister angehängt. Die Ausstattung des Buches ist, wie bei dem rühmlich bekannten Verlage zu erwarten, eine sehr gute; besonders zu loben ist der verschiedenartige Druck, der die Uebersicht sehr erleichtert. Blessig.

Wissenschaftliche Verhandlungen der Dorpater medicinischen Facultät.

Sitzung am 19. April 1890.

Vorsitzender: Herr R. Thoma.
Berichterstatter: Herr R. Kobert.

1) Herr Küstner demonstrirt den **von ihm construirten Beckenmesser**, sowie die Anwendung desselben an der lebenden Frau und bespricht die Wichtigkeit desselben für die Ausmessung des estnischen Beckens.

2) Herr Stadelmann berichtet über den kürzlich in Wien stattgehabten **9. Congress für innere Medicin**, an welchem er persönlich Theil genommen hat.

Sitzung am 3. Mai 1890.

Vorsitzender: Herr R. Thoma.
Berichterstatter: Herr R. Kobert.

1) Herr Raehlmann spricht über **„die empiristische Entwickelung der Raumvorstellung"** bei Neugeborenen und Blindgeborenen und demonstrirt einen 19-jährigen Mann, welcher vor einigen Wochen an beiderseitigem angeborenen Cataract operirt worden ist. Es werden der Versammlung einige Experimente über sein Sehenlernen vorgemacht. Die Beschreibung des Falles wird in extenso anderweitig erfolgen.

2) Herr Unverricht spricht über **„Untersuchungen über die Functionen der Hirnrinde"**, welche er in Gemeinschaft mit Dr. Kusick im Laboratorium der medicinischen Klinik ausgeführt hat, und welche sich hauptsächlich mit der Frage beschäftigten, in welcher Weise die Rumpfmuskulatur von der Hirnrinde aus beeinflusst wird und welchen Verlauf die cortico-muskulären Leitungsbahnen für diese Muskelgruppe nehmen. Er hatte bei seinen Untersuchungen über Epilepsie*) die interessante Thatsache gefunden, *dass bei Reizung der Hirnrinde die Rumpfmuskulatur immer auf der gleichnamigen Seite in Contraction geräth*, während für die Extremitäten und für die Mehrzahl der übrigen Muskelgruppen stets gekreuzte Wirkungen zu Stande kommen. Bechterew, der früher in seinen Untersuchungen mit Rosenbach auch für die Rumpfmuskulatur das Gesetz der gekreuzten Innervation vertreten hatte, ist nach dem Erscheinen der Unverricht'schen Arbeit dessen Ansicht über die Beziehungen der Hirnrinde zur Rumpfmuskulatur beigetreten.

Es blieb nur noch die Frage offen, wie die genaueren Innervationsverhältnisse sich gestalten, ob die Fasern überhaupt ungekreuzt zur Rumpfmuskulatur verlaufen, ob sie eine doppelte Kreuzung erfahren, oder ob vielleicht beide Rumpfhälften von der gleichen Hemisphäre Fasern erhalten, die homolaterale aber mehr als die contralaterale. Es war ausserdem zu hoffen, dass das genauere Studium der Rumpfinnervation Licht über den Mechanismus der Manègebewegungen nach Hirnverletzungen verbreiten würde, über welche noch so viele widersprechende Ansichten unter den Physiologen bestehen. Endlich sollte die Angabe Munk's geprüft werden, nach welcher das Stirnhirn die Ursprungsstätte der Innervationsfasern für die Rumpfmuskulatur resp. die „Fühlsphäre des Rumpfes" darstellen sollte.

Was zunächst die Munk'sche Angabe anlangt, so konnte nicht der geringste Anhaltspunct für Beziehungen des Stirnhirns zur Rumpfmuskulatur gefunden werden. Reizungen sowohl wie Exstirpationen verliefen vollkommen resultatlos. U. ist nicht im Stande auch nur eine Vermuthung darüber auszusprechen, auf welche Weise Munk zu seiner Anschauung gekommen ist und muss die Aufklärung dieser so widersprechenden Ergebnisse weiteren Untersuchungen überlassen.

Eine Wirkung auf die Rumpfmuskulatur wurde immer nur constatirt, wenn die schon früher beschriebene Stelle im Gyrus sigmoideus gereizt oder exstirpirt wurde. Bei Reizung wurde der Rumpf immer concav nach der Seite der gereizten Hemisphäre gezogen, bei Exstirpation des Gyrus sigmoideus verhielt sich das Thier zunächst so, als wenn eine Störung der Innervation in der gleichseitigen Rumpfmuskulatur bestände. Das Thier machte Reitbahnbewegungen nach der anderen Seite, vertikal aufgehängt zeigte sich die Wirbelsäule im gleichen Sinne verzogen, und wenn man von der verletzten Hemisphäre einen Krampfanfall auslöste, so blieb die Rumpfkrümmung nach dieser Seite aus, während nach dem Uebergreifen der Erregung auf die andere Hemisphäre auch eine Rumpfkrümmung nach dieser Seite zu Stande kam. Reizte man die eine Hemisphäre nach *gleichseitiger Rückenmarksdurchschneidung*, so kam die Rumpfkrümmung unverändert zu Stande, reizte man die andere Hemisphäre, so blieb die Rumpfkrümmung aus zum Beweise, *dass die Rumpffasern eine doppelte Kreuzung erfahren.* Liess man die Thiere nach der halbseitigen Rückenmarksdurchschneidung am Leben, so zeigten sie eine Lähmung der Rumpfmuskulatur auf der nicht durchschnittenen Seite. Beim Gehen und Laufen wurde die Wirbelsäule concav nach der durchschnittenen Seite gehalten, ebenso bei der verticalen Suspension.

Nach Verlauf einiger Wochen aber stellte sich bei mehreren Thieren eine Concavkrümmung der Wirbelsäule nach der anderen Seite ein. Es ist dies wohl unbedingt als eine Contracturerscheinung aufzufassen. In der gelähmten hinteren Extremität hat sich nämlich inzwischen auch eine nicht unbeträchtliche Steifigkeit mit Steigerung der Reflexe eingestellt, und wenn man annimmt, dass ähnliche Veränderungen in der gelähmten Rumpfmuskulatur Platz greifen, so ist es begreiflich, dass jetzt die Wirbelsäule in Folge dieser Spasmen eine Tendenz hat, sich nach der anderen Seite zu krümmen.

Die Manègebewegungen werden sich wohl in der Mehrzahl der Fälle deuten lassen als Lähmungs- oder Reizungserscheinung von Seiten des Rumpfmuskelcentrums. So ist besonders der Fund des sorgfältig beobachtenden Bechterew verständlich, dass bei Zerstörung des Gyrus sigmoideus Manègebewegungen nach der contralateralen, bei Zerstörung nach hinten davon nach der homolateralen Seite eintreten. Im ersteren Falle ist das Centrum der gleichseitigen Rumpfmuskulatur entfernt, also diese selbst gelähmt, im letzteren Falle können wir wohl mit einiger Wahrscheinlichkeit annehmen, dass durch die in der Nachbarschaft erzeugte Hirnverletzung eine Reizung dieses Centrums stattfindet und dadurch ein Ueberwiegen der Rumpfinnervation auf derselben Seite.

*) 1) Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Epilepsie. Arch. f. Psych. Bd. 14.
2) Ueber experimentelle Epilepsie. Verhandlungen des Congresses für innere Medicin 1886.
3) Zur Pathogenese des epileptischen Anfalles. Ibidem 1888.
4) Die Beziehungen der hinteren Rindengebiete zum epileptischen Anfall. Deutsch. Archiv für klin. Med. Bd. 44.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 6. Februar 1890.

1) Dr. Dombrowski spricht über *«Actinomycose des Menschen»* und stellt einen Patienten vor, welchen er kürzlich wegen *Actinomycose der Unterkiefergegend* operirt hat. Vortr. giebt eingangs einen Ueberblick über die Entwickelung der Kenntniss dieser Krankheit, über die Morphologie des Strahlenpilzes und sein Vorkommen beim Menschen. Die ersten Fälle von Actinomycose des Menschen sind nächst Langenbeck und Lebert von Israel (1878) und Ponfick (1879) beobachtet worden; Letzterer constatirte die Identität des in jenen Fällen gefundenen Pilzes mit dem von Bollinger (1877) beim Rinde entdeckten Actinomyces. Seitdem haben sich die einschlägigen Beobachtungen so schnell gemehrt, dass Partsch (Volkm. Samml. klin. Vortr. № 306/7) 1888 über 100 Fälle zählen konnte; während der letzten Jahre sind dann noch weitere Veröffentlichungen erfolgt, so dass gegenwärtig in der Literatur über 150 Fälle von Actinomycose des Menschen niedergelegt sein mögen; besonders zahlreich ist die Casuistik der Tübinger und Wiener Kliniken. In Russland sind bisher etwa 12 Fälle veröffentlicht worden (v. Florkiewicz, Winogradow und Koschlakow, Monastyrski, Braatz, Jakimowitsch, Orlow u. A.); es scheint demnach, dass die Krankheit hier zu Lande seltener ist als etwa in Deutschland; doch ist nicht zu bezweifeln, dass die Fälle sich mehren werden, sobald die allgemeine Aufmerksam-



keit darauf gelenkt, und der Abscesseiter häufiger als bisher auf Actinomyces untersucht wird. Klinisch lassen sich (nach Moosbrugger) beim Menschen folgende drei Formen unterscheiden: 1) die *Actinomycose der Hautdecken*, 2) des *Digestionstractus* und 3) der *Respirationsorgane*; am häufigsten hat die Krankheit auch beim Menschen ihren Sitz in der Gegend des Unterkiefers. Die in der Regel den actinomycotischen Process begleitenden Eiterungen werden nicht durch den Strahlenpilz als solchen, sondern durch gleichzeitig anwesende Coccen verursacht. Den Infectionsmodus bei der Kieferactinomycose anlangend, ist für das Thier bewiesen, dass es durch die Nahrung inficirt wird (Johne, Jensen). Es lag nahe anzunehmen, dass der Mensch die Krankheit durch Uebertragung des Actinomyces vom Thiere aus acquirire, doch ist dem nicht so; denn es erkranken vielfach solche Personen, die nichts mit Hausthieren zu thun haben und die Infection durch Genuss actinomycotischen Fleisches ist mit Sicherheit auszuschliessen, da der Pilz sehr empfindlich gegen Wasser ist und daher bei der Zubereitung des Fleisches zu Grunde gehen muss. Eine grosse Rolle spielen dagegen in der Aetiologie der Kieferactinomycose des Menschen die mit der Nahrung oder auch gelegentlich in den Mund gelangenden Körnerfrüchte, an denen der Pilz haftet; es fehlt in der Literatur nicht an Fällen, welche dieses beweisen (besonders einleuchtend ist in dieser Beziehung der Fall von Soltmann, in welchem die Infection durch eine verschluckte Gerstenähre erfolgte). Von mancher Seite (Israël, Partsch) werden besonders cariöse Zähne und die Recessus der Tonsillen als prädisponirendes Moment angegeben.

Der vorgestellte 22-jährige Patient zeigte im August eine wallnussgrosse Geschwulst am Unterkiefer; dieselbe hatte das Aussehen und die Consistenz eines Abscesses; beim Einschnitte entleerte sich kein Eiter; sondern nur eine spärliche Menge blutiger Flüssigkeit; die Schnittfläche bestand aus weichen, matschen Granulationen; die Flüssigkeit enthielt Körnchen, welche sich bei der von Dr. Westphalen sogleich vorgenommenen Untersuchung als *Actinomycesdrusen* erwiesen; die Granulationen wurden ausgekratzt; Desinfection, Verband. Drei Wochen später zeigte sich an der Narbe eine Infiltration der Haut und des Unterhautgewebes, welche sich weiterhin über die Submaxillar-Gegend und auf den M. sterno-cleido-mastoideus ausbreitete. Vortr. exstirpirte nun die ganze infiltrirte Partie nebst Submaxillardrüsen und einem Theile des M. sterno-cleido-mastoideus und deckte den Defect durch einen grossen Hautlappen von der seitlichen Halsgegend. Normale Heilung. Bemerkenswerth ist in diesem Falle, *dass Pat., von Beruf Landwirth, einen Monat vor Beginn der Erkrankung viel Gerste probirt hatte*. Die Zähne sind gesund. Möglich ist auch eine Infection von der Haut, da Pat. sich rasirte.

Vortr. demonstrirt zum Schlusse einige von diesem Falle erhaltene *Präparate von Actinomyces*.

2) Dr. Dombrowski stellt ferner einen wegen *acuter Osteomyelitis des Os ilei* operirten Patienten vor. Die acute Osteomyelitis befällt nur sehr selten die kurzen und platten Knochen (nach Froener in 3,3% aller Fälle von ac. Osteomyel.). Bergmann (St. Petersb. med. Wochenschr. 1884) zählte in der Literatur 16, Froener (1889) im Ganzen 26 Fälle von isolirter Affection genannter Knochen.

Pat., 32 J. a., Fabrikarbeiter, wird am 27. Octob. während der Arbeit plötzlich von einem heftigen Schmerz befallen, als habe er einen starken Schlag auf den Rücken erhalten; er wird in's Peter-Paul-Hospital aufgenommen und am 14. Nov. mit der Diagnose: Coxitis in die chirurgische Abtheilung übergeführt. Das rechte Bein ist in der Hüfte flectirt, jede Bewegung schmerzhaft; die Hüftgegend und besonders die Regio sacroiliaca druckempfindlich; an den Weichtheilen keine Veränderung; Fieber; Schüttelfröste. Diagnose: Osteomyelitis acuta. Operation am 15. Nov. Schnitt durch die Glutaeen; in den Muskeln Eiter; Periost leicht ablösbar; am Knochen Blutpuncte; beim Aufmeisseln des Darmbeins findet sich Eiter im Markraum; derselbe wird entleert; Desinfection; Tamponade; Verband. Die Schmerzen lassen sofort nach der Operation nach, das Fieber besteht aber fort. Nach 3 Wochen zeigt sich eine Infiltration über dem rechten Lig. Poupartii; es wird eine Eiterung in der Fossa iliaca diagnosticirt. Operation: Schnitt über dem Lig. Poupartii; in der Fossa iliaca stösst man auf Eiter; der Knochen ist rauh; nun wird das Darmbein vom Orte der ersten Operation aus nach der Fossa iliaca hin durchgemeisselt, um dem Eiter freien Abfluss zu schaffen; Tamponade, Drain, Verband. Das Fieber lässt sogleich nach. Beide Wunden heilen durch Granulation. (Schluss folgt.)

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— In der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 14. März demonstrirte Müller einen Fall von *Tuberculose der Sclera* bei einem 6-jähr. Knaben. Derselbe kam Anfangs Januar auf die Klinik des Prof. Fuchs mit einer circumscripten Vorwölbung der Sclera am linken Auge, die den Eindruck einer im Gewebe der Sclera zur Entwickelung gekommenen Cyste machte; die Affection bestand seit 14 Tagen. Es wurde die operative Entfernung versucht, die nur zum Theil gelang. Die mikroskopische Untersuchung des Entfernten ergab ein Conglomerat von Miliartuberkeln (Bacillennachweis). — Bei der Demonstration besteht ein kleiner Tumor, der das Aussehen eines Granulationsknopfes hat, theils röthlich, theils gelblich gefärbt ist und auf der Höhe ein Geschwür zeigt. — Enucleation verweigert. — Es dürfte dies wohl der erste beobachtete Fall von Tuberculose der Sclera sein. (Wien. med. Bl. № 12.)

— Casper: *Elastische Quecksilberbougies*. Verf. empfiehlt warm die mit Quecksilber ausgegossenen französischen Quecksilberbougies, weil sie von № 17 Charrière an die gleich starken Neusilbersonden an *Schwere* überwiegen (cf. die beigefügte Tabelle) und in Folge derselben, wenn die Peniskrümmung ausgeglichen ist, leicht eindringen. Ferner sind sie sehr schmiegsam, „haben etwas Schlangenartiges" und sind in den dünneren Nummern widerstandsfähiger und fester und knicken an der Harnröhre nicht um, schliesslich ist der Schmerz beim Einführen geringer als wenn ein starres Instrument eingeführt wird. Die Charrière-schen Bougies werden bis zu den kleinsten Nummern (7) mit Hg gefüllt: die Oeffnung der kleineren wird direct, die der grösseren nach Einbringung eines guten Korken mit bestem Schellack verschlossen; der Preis ist nur um ein Geringeres höher, als der der gewöhnlichen elastischen Bougies. Auch die Seidengespinnstbougies können auf diese Weise gefüllt werden, sind aber nicht so biegsam und elastisch wie die französischen Gummibougies, aber dafür um so haltbarer. (Therap. Monatsh. № 5.)

— Dr. Lahnstein hat, angeregt durch Gottschalk's (Therap. Monatsh. 1889 XI.) Empfehlung das *Menthol* bei einem an traumatischer Neuritis leidenden Kinde gegen das copiöse gallige Erbrechen mit frappantem Erfolge gebraucht, nachdem Opium und Morphium sich unwirksam erwiesen hatten. Er zieht der von Gottschalk empfohlenen Mischung (Rp. Mentholi 1,0, Spir. vini 20,0, Aq. destill. 150,0) die von Weiss (Therap. Monatsh. 1890, № 1) vorgeschlagene Mischung (Rp. Mentholi 1,0, Spirit. vini 20,0, Syrupi sacchari 30,0) vor, weil bei dieser letzteren das Menthol emulgirt bleibt, während dasselbe sich bei der ersteren sehr bald ausscheidet. L. verordnete es, wie Weiss, stündlich 1 Theelöffel voll. (Therap. Monatsh. № 5.)

— Auch von Ernest Lane (The Lancet XII.) wird das *Salol gegen Gonorrhoe* empfohlen und zwar in Dosen von 0,6 — 1, 2, 3 Mal täglich und zwar in jedem Stadium der Erkrankung. Die Wirkung zeigt sich in 2—7 Tagen: in acuten Fällen wird die schmerzhafte Urinentleerung beseitigt, in chronischen der Ausfluss bald beseitigt. (D. med. Woch. № 17.)

Vermischtes.

— An Stelle des zum Professor an der milit.-med. Academie gewählten Dr. Ratimow ist von der Hospitalcommission zum chirurgischen Gehilfen des Oberarztes am städtischen Alexander-Hospital der bisherige Chirurg der weiblichen Abtheilung des Obuchow-Hospitals — Dr. Potozki ernannt worden. Seine Stelle hat Dr. Kadian erhalten.

— *Sechster Jahresbericht des evangelischen Hospitals in Moskau*. Verpflegt wurden 1888/89 im Ganzen 73 meist chron. Kranke: Summe der Verpflegungstage 2663. 7 Todesfälle (4 org. Herzfehler, 1 eitrige Pleuritis, 1 Tuberculose). 13 Operationen mit gutem Erfolg (1 Totalexstirpation des Uterus, 1 Myomotomie, 1 Ovariotomie etc.). Die Ambulanz wurde von 543 Personen besucht.

— *Verstorben*: Am 21. Mai in Tschardshui (Transkaspien) Staatsrath Dr. med. Oscar Heyfelder an Lungenentzündung. Geboren zu Trier 1826, studirte H. in Erlangen, Würzburg und Heidelberg Medicin und promovirte am 3. März 1850 in Erlangen zum Dr. med. — Seinem Vater, der als Chirurg während des Krimkrieges nach Russland berufen war, folgend, trat H. zunächst als Arzt an den Kaiserl. Theatern in den Staatsdienst, ging aber bereits 1861 als jüngerer Ordinator des 1. Landschaftshospitals in den Militärdienst über. Während des polnischen Aufstandes war er in der Festung Iwangorod thätig. Den deutsch-französischen Krieg machte H. mit Erlaubniss der russischen Regierung mit, leitete mit Erfolg in Neuwied ein grosses Feldlazareth und zeichnete sich später auf dem Kriegsschauplatze bei Metz und St. Quentin durch seine unerschrockene Hilfeleistung aus. Darnach war er in St. Petersburg am Ssemenow'schen Militärhospital thätig bis zum letzten russisch-türkischen Kriege, den er auf dem kaukasischen Kriegsschauplatze mitmachte. Er leitete in Alexandropol ein Lazareth und that sich bei der Erstürmung von Kars hervor. Nach dem Kriege blieb er als Oberarzt des Hospitals in Grosny im Kaukasus. Von hier aus begleitete er die Skobelew'sche Achal-Teke-Expedition als Corpsarzt, wonach er bis 1884 als Oberarzt des Militärhospitals in Pjätigorsk (Kaukasus) thätig war. Nun verliess er den Kronsdienst und folgte General Annenkow nach Transkaspien, wo er sich als Oberarzt an der neuen Militäreisenbahn grosse Verdienste erwarb. — H. entwickelte trotz seines bewegten Lebens, seiner grossen, erfolgreichen praktischen Arbeit, eine rege literarische Thätigkeit, und zwar nicht nur auf medicinischem Gebiete, sondern auch als geschickter Journalist. In dieser Wochenschrift ist noch kürzlich (№ 10 a. c.) eine kleine Arbeit von ihm erschienen: „Zu den Epidemien von 1889"; im Jahre 1885 (№ 3)

gab er einen längeren Bericht über „die Curperiode 1884 in Pjätigorsk". Seine sonstigen med. Arbeiten sind in verschiedenen Journalen zerstreut und stehen uns leider eben nicht zur Verfügung. (Nach „D. St. Petersb. Zeitung").

— In Berlin wurde am 22. Mai die *Universitätspoliklinik für orthopädische Chirurgie* eröffnet, deren Leitung dem um die Ausgestaltung der chirurgischen Orthopädie verdienten Prof. Julius Wolff anvertraut ist.

— Der Herbstcyclus der *Feriencurse für praktische Aerzte* in Berlin wird am 29. September beginnen und bis Ende October dauern.

— Auf dem X. Congress süddeutscher, österreichischer und schweizerischer Ohrenärzte zu Nürnberg wurde neulich auf Anregung der Prof. Walb und Truckenbrod beschlossen eine *allgemeine deutsche Gesellschaft für Ohrenheilkunde* zu gründen; ein provisorisches Comité hat die nöthigen vorbereitenden Schritte zu thun.

— Am 25. Mai feierte Prof. Carl v. Liebermeister in Tübingen sein 25-jähriges Professoren-Jubiläum.

— *Alvarenga-Preisaufgaben.* Die Hufeland'sche Gesellschaft hat in der Sitzung vom 10. April c. auf Vorschlag ihres Vorstandes beschlossen, zwei Preisaufgaben zu stellen:

1) „Die Influenza-Epidemie 1889/90". Nach einem historischen Rückblicke über frühere Epidemien dieser Art soll ein Ueberblick über den Gang der Epidemie über die Erde im Jahre 1889—90 gegeben und daran eine Analyse der aetiologischen Verhältnisse, der Pathologie und Therapie dieser letzten Epidemie, ferner der beobachteten Nachkrankheiten geknüpft werden.

2) „Ueber die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes bei Anwendung des Chloroforms und anderer Inhalations-Anaesthetica".

Für jede dieser Aufgaben wird ein Preis von 700 Mark ausgesetzt. Einzureichen sind die Arbeiten bis zum 1. April 1891 an Herrn Prof. Dr. Liebreich, Berlin NW., Dorotheenstrasse 34b. Die Arbeiten müssen mit einem Motto versehen sein, welches auch auf einem dabei einzureichenden Briefcouvert, in dem eingeschlossen der Name des Verfassers sich befinden soll, zu stehen hat.

Zulässige Sprachen: deutsch, englisch und fransösisch.

Die nicht preisgekrönten Arbeiten werden auf Verlangen bis zum 1. October 1891 den Einsendern zurückgegeben.

Die Bekanntmachung der Zuertheilung der Preise findet am 14. Juli 1891 statt.

I. A. des Vorstandes der Gesellschaft:
Dr. Patschkowski, Schriftführer.

— Dr. John S. Billings, der verdienstvolle Herausgeber des Index medicus, hat ein neues werthvolles Werk: *„The national medical dictionary"* herausgegeben, welches in 2 starken Bänden in Lexikonoctav im Verlage von Lea Brothers & Co. in Philadelphia erschienen ist und die concinne Definition aller medicinischen Ausdrücke enthält, die in der englischen, französischen, italienischen und deutschen medicinischen Literatur gebräuchlich sind, einschliesslich der lateinischen Terminologie aller dieser Sprachen. Bei den wichtigsten englischen Worten ist das französische, italienische und deutsche Synonym angegeben, wenn dasselbe vom Grundworte abweicht.

— In Frankreich besteht bereits seit mehr als 30 Jahren ein *ärztlicher Hilfsverein* unter dem Namen „Association général de prévoyence et de secours mutuels des médecins de France", dessen Vermögen durch Mitgliedsbeiträge und Schenkungen auf die respectable Summe von $2^1/_2$ Millionen angewachsen ist. Aus der Casse dieses Vereins werden bereits 85 Pensionen von je 600 Frcs. gezahlt.

— In Grossbritannien sind im vorigen Jahre 1356 Personen an *Delirium tremens* gestorben.

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 20. Mai 1890 5785 (105 mehr als in der Vorwoche), darunter 369 Typhus- (23 mehr), 543 Syphilis- (1 mehr), 105 Scharlach- (12 mehr), 8 *Influenza-* (2 mehr), 58 Masern- (8 mehr), 10 Diphtherie- (wie in der Vorwoche) und 8 Pockenkranke (1 weniger als in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 13. bis 25. Mai 1890.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen:																
M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
310	234	544	92	55	112	17	5	17	45	55	47	49	29	10	6	5

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exant. 1, Typh. abd. 7, Febris recurrens 5, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 38, Scharlach 27, Diphtherie 7, Croup 1, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 25, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicämie 11, Tuberculose der Lungen 95, Tuberculose anderer Organe 4, Alcoholismus und Delirium tremens 1, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 11, Krankheiten des Verdauungscanals 56, Todtgeborene 26.









Дозв. ценз. Спб. 25 Мая 1890 г. Herausgeber Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.

XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,

St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den **geschäftsführenden Redacteur** Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 22 St. Petersburg, 2. (14.) Juni **1890**

Ein Fall von Aneurysma aortae ascendentis bei einem 12-jährigen Mädchen.

(Aus dem Obuchow'schen Frauenhospital).

Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte, mit Krankenvorstellung.

Von

Dr. A. Pendin.

Ich erlaube mir Ihnen, m. H., eine Patientin vorzuführen, die wegen einiger, gleich zu besprechender, klinischer Erscheinungen einiges Interesse bieten dürfte.

Helene Grigorjewa, 12 a. n., giebt an in ihren ersten Lebensjahren stets gesund gewesen zu sein; sie stammt von gesunden, bis jetzt lebenden Eltern, ihre 3 Geschwister sind am Leben und ganz gesund.

Vor 6 Jahren, also in ihrem 6. Lebensjahre, ist Pat. in ihrem Heimathsorte, in einem Dorfe des Twer'schen Gouvernements, von einem Ofen, wo sie sich an einem Winterabend behufs Erwärmung aufhielt, heruntergefallen und zwar auf die rechte Seite, ohne aber irgend welchen besonderen Schaden davongetragen zu haben; auch in der nächsten Zeit haben sich keinerlei besondere Erscheinungen hinzugesellt, bis auf Schmerzempfindungen in der rechten Seite, die die Pat. aber nicht besonders incommodirten; bettlägerig ist sie keinen einzigen Tag gewesen; die Schmerzen dauern aber bis auf den heutigen Tag fort in wechselnder Intensität, und zwar in Form von Stichen, die bald am Tage, bald in der Nacht auftreten. Im Sommer des vorigen Jahres sind die Schmerzen im Kalinkinhospital, wo sich Pat. wegen Scabies einen Monat aufhielt, recht stark gewesen, so dass sie längere Zeit Eis auf der kranken Seite zu halten gezwungen war.

Anfang Januar 1890 erkrankte Pat. an leichter Angina catarrhalis (Fieber, Schnupfen, Halsschmerzen), die die Veranlassung zur Aufnahme der Pat. in das Obuchow-Frauenhospital (in die Dr. Kernig'sche Abtheilung) am 25. Januar abgab.

Die vorgenommene Untersuchung der Kranken ergab folgenden Befund: Ein kräftig gebautes, gut ernährtes Mädchen, fühlt sich zur Zeit sehr gut, empfindet sehr wenig Schmerzen in der rechten Seite, in der letzten Zeit ihres fast dreimonatlichen Hospitalaufenthaltes eigentlich gar keine; an Athemnoth leidet sie nicht, Husten ist nicht vorhanden, irgend welche Blutungen hat sie nie gehabt.

Die Erscheinungen der catarrhalischen Angina schwanden im Hospitale rasch, Pat. wurde nur behufs Beobachtung zurückgehalten. — Zeichen von Lues sind nicht vorhanden.

Bei der Inspection des Thorax ist eine geringe Vergrösserung seiner rechten Hälfte zu bemerken und zwar speciell im sagittalen Durchmesser, namentlich wenn man den Thorax von oben betrachtet. Diese Vergrösserung ist bedingt durch eine, allerdings geringe, aber doch deutliche, flache Hervorwölbung — voussure — die vorne, rechts vom Sternum, von der 2. bis zur 5. Rippe zu bemerken ist.

Der Umfang der beiden Thoraxhälften gestaltet sich nach vorgenommener Messung folgendermaassen:

auf der Höhe des Proc. ensif.	rechts 35 Ctm. links 34 Ctm.
etwas oberhalb der Mammilla	rechts 36 Ctm. links 34,5 Ctm.

Die Ausdehnung des Brustkorbes bei tiefer Inspiration ist auf beiden Seiten recht ausgiebig, rechts etwas mehr wie links, welcher Umstand dem physiologischen Unterschiede entsprechen dürfte.

Einziehungen, rétrecissements, sind nirgends am Thorax zu bemerken. — Die Percussion des Thorax ergiebt rechts vorne eine Dämpfung, die je nach der Lage der Pat. in ihrem Verhalten eine Differenz zeigt: in der *aufrechten* Stellung bekommt man beim Percutiren rechts vom Sternum eine handtellergrosse Dämpfung von runder Figur, die nach oben von der 3. Rippe begrenzt wird, nach rechts einen Fingerbreit über die rechte Mammillarlinie reicht, nach unten am oberen Rande der 6. Rippe endet, mit der Leberdämpfung also zusammenfliesst; nach links setzt sich diese Dämpfung über das untere Ende des Brustbeins bis an die Herzdämpfung fort, so dass diese beiden Dämpfungen mit einander zusammenfliessen.

In *liegender* Stellung fängt die obere Grenze der Dämpfung schon an der 2. Rippe an und reicht nach unten nicht ganz bis auf die Leberdämpfung, sondern lässt einen fingerbreiten Streifen helleren Percussionstones dazwischen, so dass die die Dämpfung bedingende Ursache, wie ich das gleich jetzt schon hervorheben will, offenbar einen geringen Grad von Beweglichkeit besitzen muss.

Der untere Rand der rechten Lunge ist frei beweglich, der Percussionsschall auf der Spitze erscheint etwas kürzer wie auf der linken Seite, mit etwas tympanitischem Beiklang, abgeschwächtem Athmungsgeräusch und erhöhtem Stimmfremitus, ohne Rasselgeräusche (ein Befund, der für eine Compression des rechten Oberlappens sprechen würde).

In der gedämpften Zone R. V. fehlt der Stimmfremitus, ebenso jegliches Athmungsgeräusch, die angrenzenden Lungenpartien besitzen aber einen gewissen Grad von Beweglichkeit, indem der Percussionsschall beim tiefen Einathmen deutlich voller wird, ein Umstand, der sehr zu bemerken ist.

Der Spitzenstoss des Herzens befindet sich, schwach fühlbar, im 5. Intercostalraum, nach innen von der Mammillarlinie, die obere Herzgrenze beginnt erst an der 4. Rippe, so dass das ganze Herz etwas verlagert erscheint, wenn man bedenkt, dass der Spitzenstoss im jugendlichen Alter gewöhnlich im 4. Intercostalraum sich findet, die Mammillarlinie etwas nach aussen überschreitend; die Herztöne rein.

Bei der Palpation der gedämpften Stelle R. V. empfindet die aufgelegte Hand eine deutlich ausgesprochene, allseitige Pulsation, die im erregten Zustande der Kranken oder nach stärkeren Bewegungen an Deutlichkeit zunimmt und zwar kann man beim genaueren Zufühlen die Pulsation in Form eines Doppelstosses empfinden, indem der Hauptpulsation ein zweiter schwächerer Stoss unmittelbar nachfolgt. — Diese Pulsation ist stärker ausgesprochen, wie die in der Herzgegend (also speciell der Spitzenstoss), ist aber mit ihr vollständig isochron.

Auscultatorisch hört man im Bereiche der gedämpften Stelle R. V. zwei deutliche, reine, laute Töne (keine Geräusche), die lauter wie die Herztöne sind.

Die fühlbaren Arterienpulse erweisen sich als normal, 60—68 in der Minute, sind alle unter einander gleich und isochron, in Beziehung aber zum Herzschlag, resp. zur Pulsation R. V. um ein Deutliches verspätend, so dass zwischen dem Radialpulse z. B. und dem Herzschoc sich ein alternirendes Verhältniss darbietet.

Sonst bietet die Kranke nichts Auffallendes; die Leber überragt den Rippenbogen um eine Fingerbreite, die Milz erweist sich als etwas vergrössert, Appetit und Verdauung normal, Respiration ruhig und frei, nur wenn sie rasch Treppen steigt, bekommt sie einen kurzen Athem.

Temperatur normal, Urin sauer, spec. Gewicht 1014, kein Eiweiss, mikroskopisch nichts Besonderes, Quantität 1000—1400.

Recapituliren wir kurz das Wichtigste aus dem eben mitgetheilten Befunde, so haben wir rechts vom Sternum eine pulsirende Dämpfung, wenn man sich so ausdrücken darf, denn die Hervorwölbung ist zu gering, um von einer Geschwulst reden zu dürfen; wir haben zweitens ein Verspäten sämmtlicher fühlbaren Pulse in Bezug auf die Dämpfung, resp. auf den Spitzenstoss, drittens hören wir über der Dämpfung zwei schöne, laute Töne, die hier lauter sind, wie auf dem Herzen; das sind drei Symptome, die eigentlich die Diagnose eines Aneurysma der aufsteigenden Aorta sicher stellen. — Bekanntlich gehört aber das Auftreten von Aneurysmabildungen in einem so jugendlichen Alter zu den äussersten Raritäten; in den mir zugänglichen Handbüchern der Kinderheilkunde habe ich keinerlei Angaben darüber finden können. In der Abhandlung von Quincke über Krankheiten der Arterien (Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie von Ziemssen) sind einige statistische Angaben von verschiedenen Autoren angeführt, allerdings ohne eine genauere Qualificirung der Aneurysmabildungen; so fand Crisp unter 551 Fällen — 6 unter 20 Jahren = 1,5 %, Lebert unter 324 — 16, Lidell (New-York) unter 243 — 10 Fälle. In dem Eichhorst'schen Handbuche der spec. Pathol. und Ther. findet sich ein Fall von Fenomenow citirt, wo ein Aneurysma der Bauchaorta ein Geburtshinderniss abgegeben hat; sonst sind mir keinerlei diesbezügliche Angaben aufgestossen und ich sehe mich genöthigt, etwas genauer auf die Differenzialdiagnose einzugehen und an andere Vorkommnisse zu denken, die einen ähnlichen Befund abgeben könnten. — Vor allem sind es Tumoren, Neubildungen, die im Pleuraraum oder im vorderen Mediastinum sich entwickeln, ebenso eine Dämpfung erzeugen und eventuell von der Aorta eine mitgetheilte Pulsation bekommen können.

Was nun die Neubildungen der Pleura anlangt, so sind es gewöhnlich nur Sarcome und Carcinome, die hier beobachtet worden sind und im gegebenen Falle nicht in Betracht gezogen werden können; im Mediastinum anticum sind allerdings neben den letzteren auch Fibrome, Lipome, Dermoidcysten etc. beschrieben worden, die aber, ebenso wie eine degenerirte Thymusdrüse, nur als zufällige und äusserst seltene Sectionsbefunde für uns ebenfalls nicht in Betracht kommen. Bei der Leukämie und Pseudoleukämie können Lymphdrüsen ebenso einen beträchtlichen Umfang erlangen und Tumoren simuliren, die vergrösserten Lymphdrüsen würden aber dann auch anderweitig am Körper zu finden sein, die Leukämie würde ein charakteristisches Krankheitsbild abgeben. Wir können somit alle diese Eventualitäten einfach bei Seite lassen; sollte eine der genannten Möglichkeiten hier wirklich existiren, sollte wirklich einer von den Tumoren eine derartige Grösse erlangt und von der Aorta, resp. vom Herzen eine mitgetheilte Pulsation bekommen haben, so würden doch die drei obengenannten Hauptsymptome fehlen, abgesehen von der grossen Seltenheit der Neubildungen in dieser Region und in diesem Alter.

Eine weitere Möglichkeit, deren wir hier gedenken müssen und die viel wichtiger ist, als die eben angeführten, bilden entzündliche Vorgänge, die vielleicht vor 6 Jahren nach dem Falle in der rechten Seite gespielt haben; es wäre möglich, dass damals eine Pleuritis sich entwickelte, sei es nach einem Rippenbruch oder auch ohne denselben, die mit Hinterlassung von dicken Schwartenbildungen, welche jetzt die Dämpfung, das Fehlen des Athmungsgeräusches und die Schmerzen verursachen könnten, ausgeheilt war. Gegen die Annahme eines entzündlichen Processes in irgendwelcher Form spricht aber erstens die Anamnese; Patientin ist nach dem Falle nicht ernstlich krank gewesen, ist die ganze Zeit auf den Füssen gewesen, hat alle ihre häuslichen Arbeiten mit Bequemlichkeit verrichten können. Physikalisch können wir jetzt gar keine Residuen einer stattgehabten Pleuritis constatiren; der untere Lungenrand ist vollständig frei beweglich, wir bemerken äusserlich keinerlei Zeichen von Einziehung, rétrecissement, im Gegentheil, die rechte Thoraxhälfte ist in ihren Dimensionen grösser wie die linke, sie wird beim tiefen Einathmen noch ausgiebiger und zwar in allen Theilen ausgedehnt, wie die linke; ausserdem sind die angrenzenden Lungentheile um die Dämpfung herum ebenfalls frei beweglich; und dann kommt noch ein sehr wichtiger Umstand in Betracht, dass nämlich der die Dämpfung bedingenden Geschwulst eine geringe Beweglichkeit beim Lagewechsel der Kranken zukommt, was wir doch bei Schwartenbildungen gewöhnlich vermissen.

Schliesslich würden auch derartige Schwartenbildungen das Verspäten der Pulse nicht erklären können, wenn auch die Pulsation und die Töne entweder als fortgeleitete oder durch wirkliche Herzverziehung nach rechts entstandene angesehen werden könnten.

Es scheint somit, dass wir es im vorliegenden Falle wirklich mit einem Aneurysma der aufsteigenden Aorta bei einem Mädchen von 12 Jahren zu thun haben, wobei wir den vor 6 Jahren stattgehabten Fall wohl als die traumatische Ursache dieser Aneurysmabildung ansehen müssen. Dass unsere Kranke eigentlich gar keine subjectiven Beschwerden verspürt, findet seine Erklärung in dem Umstande, dass das Aneurysma recht nahe am Herzen liegen muss, wobei keine wichtigen Organe comprimirt werden, und ausserdem ist es eine bekannte klinische Thatsache, dass Aneurysmen recht lange latent verlaufen können.

Culturversuche mit der Harnsarcine.

Vortrag, gehalten im medicinischen Verein zu Dorpat im Mai 1889

von

Dr. Alex. Hartge.

Vor einigen Jahren hatte ich Gelegenheit die Sarcine im Urin einer Diabetischen zu beobachten (cf. St. Pet. medic. Wochenschr. № 48 u. 49, 1886). Mir fehlten damals die nöthigen Hilfsmittel, um Culturen anzustellen. Zu Anfang dieses Jahres siedelte Patientin nach Dorpat über, wodurch ich in den Stand gesetzt wurde, unter Leitung des Herrn Prof. Carl Dehio zuerst im Stadthospital und später im pathologischen Institut des Herrn Prof. R. Thoma behufs Feststellung eines geeigneten Nährbodens Versuche vorzunehmen.

Zuerst noch einige Worte über den Harn der Patientin, welcher sich im Verlaufe der drei letzten Jahre etwas geändert hat. Derselbe ist hellgelb, bisweilen fast ganz farblos, etwas trübe. Reaction sauer. Specifisches Gewicht wechselt zwischen 1015—1021. Tagesmenge zwischen 1500—2100 Ccm. Eiweissgehalt nach Vogel's optischer Methode 0,3—0,4 %, annähernd ebensoviel giebt Esbach's Albuminimeter. Zuckergehalt 1,5 — 2,0 %. Der Urin sondert beim Stehen, ohne sich dabei zu klären, ein weissliches Sediment ab, welches in ziemlich compacter Schicht den Boden des Uringlases bedeckt. Das Mikroskop weist in diesem reichlichen Sediment nach: zahlreiche Leukocythen und Epithelien; bisweilen vereinzelte rothe Blutkörperchen, ferner Schleimgewebe und Harnsäure-Crystalle; Cylinder — hyaline und pigmentirte. Reichliche Mikroorganismen, Bacterien, Kokken, Hefezellen. Ferner reichliche Exemplare der Sarcine in den mannigfachsten Aggre-

gaten. In jedem Tröpfchen des Bodensatzes sind stets Sarcine zu Hunderten anzutreffen und leicht an ihrer charakteristischen Form (Waarenballen) zu erkennen. Sie ist kleiner, zarter und durchsichtiger als die Magensarcine, farblos, stark lichtbrechend, ihre Grössenverhältnisse stimmen mit den Angaben von Neubauer und Vogel überein. Unser Urin zeigt neben dem Diabetes mellitus jetzt auch das ausgesprochene Bild einer chronischen Nephritis nebst chronischem Blasencatarrh und befindet sich im Zustande der sauren Gährung.

Zunächst stellte ich Culturversuche mit der Sarcine bei Zimmertemperatur an. Der Urin der Patientin wurde stark durchgekocht, um den Eiweissgehalt zu eliminiren, filtrirt, dann in sterilen Reagenzgläsern im strömenden Dampf keimfrei gemacht, hierzu fügte man ein Tröpfchen vom Sarcine führenden Bodensatz des frischen Urins der Patientin unter den vorgeschriebenen Cautelen mit einer sterilen Pipette. Diese Versuche, mehrfach wiederholt, fielen vollkommen negativ aus, nach 2—4 Tagen war der Urin durchaus übelriechend, zersetzt. Dieselben negativen Erfolge ergaben Proben mit steriler Traubenzuckerlösung, Brunnenwasser, Bouillon und destillirtem Wasser. Es zeigte sich in allen diesen Lösungen bereits am 2. Tage eine geringe diffuse Trübung (Entwickelung von verschiedenen Mikroorganismen des Urins) und bei zunehmender Trübung oder Wucherung der störenden Organismen resp. Fäulniss gingen die Sarcine zu Grunde. Flüssige Nährböden bei Zimmertemperatur sind demnach zur Cultivirung nicht geeignet. Offenbar scheiterte hier das Wachsthum an dem Umstande, dass mit der Sarcine zugleich andere Elemente des Bodensatzes verpflanzt wurden, Eiterzellen, Bacterien, Kokken u. s.w., und letztere Verunreinigungen führten ihrerseits alle oben genannten flüssigen Nährböden viel schneller in Fäulniss über, bevor noch die Sarcine zur Entwickelung gelangen konnte. Die Sarcine zieht aber im Kampfe mit den Fäulnisserregern den Kürzeren. Patientin liess sich nicht catheterisiren, wodurch natürlich die Beimengungen störender Einflüsse erhöht wurden. Immerhin gaben diese Versuche den Hinweis, dass ein Erfolg möglicherweise zu erwarten wäre, wenn wir die Sarcine von den Fäulnisserregern isolirten. Dieses Ziel ist mit festen Nährböden zu erreichen.

Versuche mit Gelatinelösungen bei Zimmertemperatur. Zur sterilen Fleischpeptongelatinlösung im Reagenzglase wurde ein Tröpfchen Bodensatz unter den vorgeschriebenen Cautelen hinzugefügt und durch leichtes Schütteln fein vertheilt. Schon nach einigen Tagen trat an der Oberfläche deutliche Verflüssigung auf, die Untersuchung wies Stäbchen und Kokken nach, keine Sarcine. Bei längerem Stehen wurde die ganze Gelatinemasse verflüssigt, übelriechend, und von Sarcine war keine Spur vorhanden. Im Plattenguss der Nährgelatine erhielten wir dagegen schon ein anderes Bild. Hier machten sich zwar dieselben Verflüssigungsvorgänge geltend wie im Reagenzglase, doch störten sie weniger, weil zwischen den verflüssigten auch intacte Partien der Gelatine bestanden, und in diesen durchscheinenden intacten Stellen liessen sich die Sarcine bis zu 14 Tagen und länger beobachten. Man sah hier und da vollkommen isolirte Waarenballen, sie blieben ganz und gar unverändert liegen, es fand keine Spur von Sprossung oder Zerfall, keine Veränderung nach der einen oder anderen Richtung statt, sie hielten sich so lange unverändert, 14 Tage bis 3 Wochen, bis der von der Oberfläche sich allmälig ausbreitende und zunehmende Verflüssigungsprocess schliesslich auch zu ihnen gelangte, da fielen auch sie der Zerstörung oder Fäulniss anheim. Diese Beobachtungen liessen sich sowohl an den Originalmischungen (1 Tröpfchen vom Bodensatz zur Gelatine) als an den verschiedensten Graden der Verdünnungen constatiren. Da die Nährgelatine demnach keinen geeigneten Nährboden abgab, mischte ich die Gelatinelösung mit Urin und stellte so einen modificirten festen Nährboden dar, welcher sich meinen Zwecken dienlicher erweisen sollte. Culturversuche — Stich, Strich, Plattenguss etc. fielen ganz analog den Versuchen mit der Nährgelatinlösung aus, die isolirten Sarcinehaufen blieben vollkommen unverändert liegen, bis zu 14 Tagen, d. h. dem Zeitpunct, wo der Verflüssigungsprocess zu ihnen gelangt war und sie der Fäulniss anheimfielen. — Die Culturversuche bei Zimmertemperatur gaben demnach folgende negative Resultate: Ein Wachsthum der Sarcine findet nicht statt weder in flüssigen noch in festen Nährböden. Es gelingt, die Sarcine in den Gelatinelösungen durch leichtes Schütteln vollkommen zu isoliren. Die Fäulniss ist es demnach nicht allein, welche störend ihrem Wachsthum entgegen tritt, sondern noch andere wichtigere Momente. Wahrscheinlich verlangen sie eine höhere Körpertemperatur zu ihrer Entwickelung.

Versuche im Brütofen bei constanter Wärme von 36—37° C. — Es gelang während einer Chloroformnarkose unter allen vorgeschriebenen Cautelen den Urin mit einem Catheter in ein steriles Gefäss aufzufangen; aus demselben wurden die Sarcine verpflanzt in normalen alkalischen und sauren Urin, in den sterilisirten Harn der Patientin, ferner noch in Lösungen von Traubenzucker, in Wasser, Bouillon, Nährgelatine, welche im Thermostaten flüssig ist (alle diese Lösungen waren sterilisirt); von den Originalmischungen wurden Verdünnungen in 4—5facher Abstufung hergestellt. Diese Versuche wurden mehrfach wiederholt, immer mit demselben negativen Erfolge: alle Nährböden wurden spätestens nach 2—4 Tagen trübe, es meldete sich fauliger, urinöser Geruch, das Mikroskop wies Micrococcus ureae in grossen Massen nach und andere Spaltpilze und Kokken, die Sarcine war stets vollkommen zerstört. Es war demnach ganz einerlei, ob wir den Harn der Patientin aus dem Nachtgeschirr entnahmen oder ihn unter Beobachtung aller Cautelen steril auffingen, immer fanden sich im kleinsten Tröpfchen, auch im $^1/_{100}$—$^1/_{1000}$ Theil eines Tröpfchens genügend Verunreinigungen oder anders genügend Fäulnisserreger im Urin vor, welche den Entwickelungsgang der Sarcine hemmend beeinflussten. Flüssige Nährböden eigneten sich demnach nicht für unsere Zwecke; ich wandte mich daher den festen zu, den Agar-Agarlösungen, welche bei 37° C. noch fest bleiben und die Annehmlichkeit besitzen, dass sie unter den sehr störenden Verflüssigungsprocessen nicht zu leiden haben, wie Nährgelatinelösungen. Nach der allgemein üblichen Vorschrift (Hübbe) präparirte ich eine 1—1,5 %ige schwach-alkalische Agar-Agarlösung in Traubenzuckersolution, ferner noch eine 1—1,5 %ige mit dem Urin unserer Patientin. Stich- und Strichculturen gaben gar keine Erfolge die Sarcine betreffend; im Plattenguss konnte man die Sarcine ebenso, wie früher im Plattenguss der Nährgelatine bei Zimmertemperatur, bis zu 4 Wochen beobachten, sie lagen isolirt oder in grösseren Colonien deutlich wahrnehmbar vollkommen unverändert da, ein Wachsthum oder auch nur irgend eine Spur von Veränderung liess sich durch's Mikroskop in keiner Weise wahrnehmen. Nebenbei entwickelten sich in der Agar-Agar Zoogloeahaufen verschiedener anderer Mikroorganismen. Die allgemein übliche Vorschrift für Präparation der Agar-Agarlösungen gab für unsere Zwecke demnach nur negative Resultate, sie eignete sich nicht für Cultivirung der Sarcine. An Stelle der üblichen alkalischen 1—2 %igen Agarlösung präparirte ich mir jetzt eine $^1/_2$ %ige schwach saure und neutrale urinhaltige Lösung. Auf letztere machte ich Stich- und Strichculturen mit positivem Erfolge. Ganz besonders im Plattenguss entwickelten sich hier neben anderen Haufen von Organismen die schönsten Sarcinekolonien; die einzelnen Colonien durch vorheriges Schütteln von den Verunreinigungen isolirt, präsentirten sich sofort als Reinculturen, was man durch fernere Impfungen, welche von den Reinculturen entnommen wurden, zur Genüge beweisen konnte. Von diesen Reinculturen verpflanzte ich die Sarcine nun wieder in sterilen Urin, Traubenzuckerlösungen, welche früher stets negative Ergebnisse hatten,

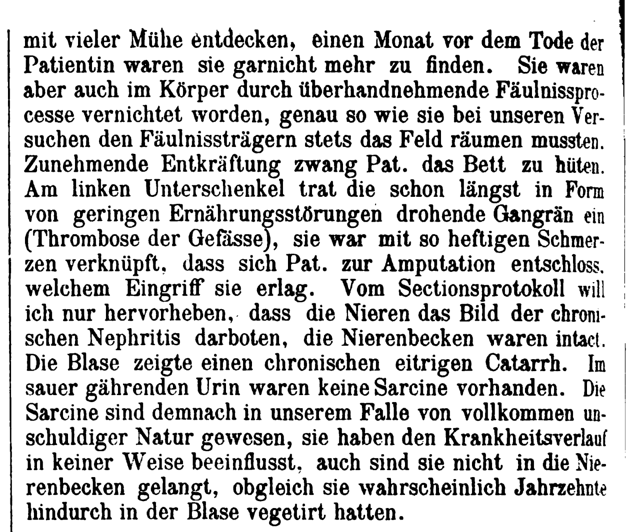


natürlich auch im Brütofen, und jetzt begann sofort ein grossartiges Wachsthum der Sarcine; der Urin speciell war schon in 2—3 Tagen vollkommen trübe, welche Trübung sich als reine Sarcinewucherung (Waarenballen) erwies. Zu lange dürfen die flüssigen Nährböden der Temperatur des Brütofens nicht ausgesetzt bleiben, da durch bald überhandnehmende Uebersprossung das Mikroskop kein deutliches Bild zeigt.

Die Harnsarcine unterscheidet sich demnach von der Magen- und Lungensarcine hauptsächlich dadurch, dass sie nur bei Körpertemperatur wächst, während ihre Schwestern schon bei Zimmertemperatur fortkommen, das ist der Cardinalpunct; aus diesem Cardinalpunct leiten sich naturgemäss fernere Differenzen ab. Ihre Cultivirung wurde durch den Umstand in hohem Grade erschwert, dass sie nicht auf alkalischen Agar-Agarböden fortkommt, wie augenblicklich die allgemeine Vorschrift für alle Arten von Mikroorganismen lautet, welche im Thermostaten gezüchtet werden, sondern nur in neutralen und sauren 0,5—1,0 %igen Agarlösungen. Ein fernerer wichtiger Unterschied ist der, dass sie so sehr empfindlich ist gegen alles, was Fäulniss bedeutet, während Magen- und Lungensarcine von den Fäulnissträgern nur sehr wenig alterirt werden; in diesem Verhalten unterscheidet sie sich namentlich von der Magensarcine. Die Magensarcine hält sich auch ausserhalb des Magens, etwa in einem offenen Bierglase mehrere Wochen hindurch lebensfähig und wird durch Fäulnissprocesse sehr wenig tangirt; ein Gleiches gilt für die Lungensarcine, wie Hauser nachgewiesen hat. Transplantationsversuche in den Magen, Darm, Lungen, Blase verschiedener Thierspecies sind bisher mehrfach ausgeführt worden, stets haben sie negative Resultate ergeben. Für Magen, Darm und Lungen lassen sich die Misserfolge aus meinen Beobachtungen leicht herleiten; warum sie in der Blase nicht fortkommen, ist für's erste unerklärlich, es sei denn, dass für ihr Gedeihen immer gewisse Bedingungen im Körper vorher bestehen müssen, welche künstlich zu erregen wir nicht im Stande sind. Da die Patientin niemals catheterisirt worden ist, so bleibt die Genesis der Sarcine in unserem Falle vollkommen dunkel und räthselhaft, oder sollte der in der Jugend nach einem Abdominaltyphus, wie es scheint, etwas chronisch verlaufene Blasencatarrh, dessen Existenz übrigens nicht ganz erwiesen ist, als Anhaltspunct genommen werden, warum kommen die Sarcine dann nicht häufiger zur Beobachtung? Auch wird die Behauptung, dass sie den Urin stets und rapid in die ammoniakalische Gährung überführen, hinfällig, da unser Urin sich im Zustande einer stark ausgesprochenen sauren Gährung befand. Die Frage, ob Magen und Harnsarcine identisch oder von verschiedener Species seien, möchte ich dahin beantworten, dass ein Fortkommen im Magen aus den oben angeführten Gründen sehr unwahrscheinlich ist.

Therapeutisch könnte man mit Blasenspülungen vorgehen, wenn man will, doch scheint sich auch für die Blase der Satz zu bewähren, den Virchow für den Magen und Hauser für die Lungen aufgestellt haben, dass nämlich die Sarcine ein durchaus nebensächlicher Befund, dass sie den Organismus in keiner Weise zu beeinträchtigen im Stande sind, namentlich scheinen sie nicht die Tendenz zu haben in die Nieren hinaufzuwandern, welcher Ansicht Cruse[1]) huldigt.

Zum Schluss möchte ich noch einige Worte über unsere Patientin hinzufügen: Der Diabetes bestand unverändert, ebenso die chronische Nephritis mit ihrem gewöhnlichen Verlaufe. Der Urin verschlimmerte sich zusehends, der Eitergehalt nahm beständig zu, desgleichen natürlich die Wucherung der Fäulnissmikroben und damit Hand in Hand ging eine Abnahme der Sarcine vor sich, sie wurden immer kleiner, undeutlicher, schliesslich konnte man sie nur noch mit vieler Mühe entdecken, einen Monat vor dem Tode der Patientin waren sie garnicht mehr zu finden. Sie waren aber auch im Körper durch überhandnehmende Fäulnissprocesse vernichtet worden, genau so wie sie bei unseren Versuchen den Fäulnissträgern stets das Feld räumen mussten. Zunehmende Entkräftung zwang Pat. das Bett zu hüten. Am linken Unterschenkel trat die schon längst in Form von geringen Ernährungsstörungen drohende Gangrän ein (Thrombose der Gefässe), sie war mit so heftigen Schmerzen verknüpft, dass sich Pat. zur Amputation entschloss, welchem Eingriff sie erlag. Vom Sectionsprotokoll will ich nur hervorheben, dass die Nieren das Bild der chronischen Nephritis darboten, die Nierenbecken waren intact. Die Blase zeigte einen chronischen eitrigen Catarrh. Im sauer gährenden Urin waren keine Sarcine vorhanden. Die Sarcine sind demnach in unserem Falle von vollkommen unschuldiger Natur gewesen, sie haben den Krankheitsverlauf in keiner Weise beeinflusst, auch sind sie nicht in die Nierenbecken gelangt, obgleich sie wahrscheinlich Jahrzehnte hindurch in der Blase vegetirt hatten.



[1]) L. W. Cruse: Ein Beitrag zur Casuistik der Harnsarcine. Inaug.-Diss. Jena 1885.

Referate.

F. Engelmann: Die Elektricität in der Gynäkologie. (Arch. f. Gynäkologie Bd. 36).

Nach kurzer historischer Einleitung und einer Schilderung der Wirkungen des elektrischen Stromes im thierischen Körper, giebt Verf. eine recht ausführliche Beschreibung des Apostoli'schen Verfahrens, welcher eine Aufzählung der Formen von Erkrankungen folgt, bei welchen dasselbe angewandt worden und der Erfolge, welche von den verschiedenen Beobachtern berichtet werden. Es hat wohl selten eine andere therapeutische Maassnahme in der Gynäkologie so begeisterte Anhänger einerseits und erbitterte Gegner andererseits gefunden wie die Apostoli'sche Methode. Schwierig ist es daher unter so widersprechenden Urtheilen und Ansichten das Richtige zu finden. Strenge Kritik der mitgetheilten Erfolge Anderer und ausgiebige eigene Prüfung sind der Weg, auf welchem Verf. ein richtiges Urtheil zu erlangen sucht. Aus der Betrachtung der von E. aus der Literatur mit grosser Sorgfalt ausgewählten, in einer Tabelle zusammengestellten Fälle von Myomen geht hervor, dass der Einfluss der Elektricität auf Blutungen mit wenigen Ausnahmen ein günstiger ist. Das Allgemeinbefinden wird in hohem Grade gebessert, desgleichen werden Schmerzen und Druckerscheinungen günstig beeinflusst. Die Abnahme der Geschwülste ist keine bedeutende. Misserfolge fehlen nicht. Verf. zieht aus der Betrachtung des ganzen Materials folgende Schlüsse: Der faradische Strom ist wirksam bei Neuralgien, der constante vorwiegend als Resorption beförderndes Mittel und örtlich wirkendes Aetzmittel. Bei folgenden Erkrankungen scheint die Anwendung der Elektricität berechtigt und die gemeldeten Erfolge einer Nachprüfung werth: Bei Hysteroneuralgien, Dysmenorrhoe, Amenorrhoe, Stenose des Cervicalkanales, Metritis chron., Subinvolutio und Endometritis. Bei chronischen Fällen von Peri- und Parametritis, desgleichen bei Oophoritis und Salpingitis mag ein Versuch mit der Elektricität, selbst in Form von Punctionen erlaubt sein, wenn andere Mittel im Stiche lassen. Lageveränderungen und Prolapsus werden selten mit Erfolg behandelt werden. Entschieden geboten ist eine Prüfung des Verfahrens bei Uterusmyomen.

E. hält es daher für Pflicht der deutschen Gynäkologen gerade bei den Uterusmyomen das Verfahren Apostoli's einer ernsten Prüfung zu unterziehen. Dobbert.

Emil Pfeiffer: Drüsenfieber. (Jahrb. für Kinderheilk. 1889, pag. 257).

Unter dieser Bezeichnung beschreibt Verf. einen Symptomencomplex, dem gewiss schon jeder Arzt in seiner Praxis begegnet ist, dessen Deutung aber bis jetzt verkannt wurde. Die leichten Grade der Erkrankung stellen sich folgendermaassen dar: Plötzlich einsetzendes hohes Fieber, grosse Unruhe, zuweilen Erbrechen, Appetitlosigkeit. Leichte Röthung der Fauces, kein Belag; grosse Schmerzhaftigkeit am Halse, sowohl beim Schlucken, als auch namentlich bei Bewegungen. Die *Drüsen im ganzen Umfange des Halses, besonders aber am hinteren Rande des M. sternocleidomastoideus und Nacken geschwollen und schmerzhaft.* Häufig verschwindet bereits das Fieber am anderen Tage, die Schwellung der Drüsen geht auch sichtlich zurück. In anderen Fällen dauert das Fieber 8—10 Tage lang; zu den genannten Symptomen tritt dann hinzu eine Vergrösserung der Leber und Milz und eine Schmerzhaftigkeit im Unterleibe, etwa in der Mitte zwischen Symphyse und Nabel, was Verf. auf eine Schwellung der mesenterialen Lymphdrüsen zurückführen möchte. Zuweilen besteht Schnupfen oder gar Hustenreiz. Viele derartige Fälle können den Eindruck eines beginnenden Typhus oder Scharlach machen.



...rf. vertritt die Meinung, dass es sich beim sog. Drüsenfieber um eine Infectionskrankheit handeln dürfte, wenigstens spricht dafür die Beobachtung einer Hausepidemie, welche er Gelegenheit hatte zu machen.

In einem Zusatz zu dieser Abhandlung tritt Prof. Heubner der Meinung des Verf.'s bei und beschreibt 2 Fälle von fieberhafter Drüsenaffection, die mit einer Nephritis complicirt waren. In dem einen Falle, bei einem 7-jähr. Knaben, glaubte Heubner es mit einem larvirten Scharlach zu thun zu haben; allein etwa ein Jahr nach der Erkrankung brach bei dem Knaben Scharlach aus und zwar ohne Nierenaffection; in dem anderen Falle war Scharlach bereits vor Jahren überstanden.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie. Herausgegeben von Prof. Dr. R. Frommel. II. Jahrgang. Bericht über das Jahr 1888. Wiesbaden 1889. Bergmann.

In vorliegendem Werke findet der Leser in übersichtlicher Anordnung und meist vorzüglichen Referaten das im Laufe des Jahres 1888 auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie Geleistete verzeichnet. Bei der grossen Productivität dieser Disciplin ist mit Anerkennung hervorzuheben, dass nur Wichtigeres in den Bereich der Betrachtungen gezogen, Einiges nur kurz erwähnt wird. Die Fachgenossen, welchen dieses Sammelwerk schon durch den ersten Jahrgang gut bekannt ist, werden das Erscheinen des zweiten Jahrganges gewiss mit Freuden begrüssen; wird doch durch jede neue Lieferung dieses Werk als Nachschlagebuch immer werthvoller und unentbehrlicher. Dobbert.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 6. Februar 1890.

(Schluss.)

3) Dr. Kernig und Dr. Anders berichten über folgenden, gemeinsam mit Dr. Serck und Prof. Tiling beobachteten Krankheitsfall:

Herr D., Rechtsanwalt, 40 J. a., der seit mehreren Jahren an *Nierenkoliken* — und zwar immer links-, nur einmal (1886) rechtsseitigen — gelitten, erkrankte am 25. Dec. 1888 unter den Erscheinungen einer *Typhlitis* mit starker Betheiligung des Peritoneums; Tumor der Coecalgegend, stercoraler Ileus, Koliken; T. 40°; Ordination: Ung. ciner., Eis, Opium. Am 4.—5. Tage war der Tumor aus der Coecalgegend geschwunden und jetzt höher oben in der Gegend der Flexura coli dextra fühlbar; am 9.—10. Tage entwichen Darmgase, am 12.—13. Tage traten die ersten Stühle ein; mit Zunahme der Stühle schwand der der Mittellinie zunächst gelegene Theil des Tumors, während der untere Abschnitt desselben zurückblieb; wie sich später herausstellte, entsprach letzterer dem einen Theil des abnorm gestalteten unteren Leberrandes. In der zweiten Hälfte des Januar wiederum die Erscheinungen einer *circumscripten Peritonitis* (diesmal links vom Nabel) bei T. über 38,5°; dieselben gingen bald zurück; in der zweiten Hälfte des Februar nochmals subfebrile *Temperatursteigerungen*. Am 14. März trat bei anfangs subfebrilen, später febrilen und hohen Temperaturen dicht über der Leber *pleuritisches Stechen* auf; zunächst konnte objectiv in der Brust nichts gefunden werden, erst am 28. März erwies sich der Lungenrand rechts vorn an der Leber unbeweglich, während er hinten immer beweglich blieb. *Diagnose: subphrenischer Abscess*, T. bis 40°; die Lungengrenze rückte rechts vorn immer höher hinauf, bis sie im April an der 4. Rippe angelangt war. Von Prof. Tiling wurde nun am 30. April die erste, am 5. Mai unter Chloroform 7 weitere Probepunctionen in verschiedener Tiefe (vom V.—VIII. I. C. R.) gemacht; dabei entleerte sich kein Eiter (was sich später aus der Beschaffenheit der Eitermassen erklärte). Ende April stellte sich *eitriger, leicht blutiger Auswurf* ein, der schon vor der zweiten Punction und auch während der letzteren expectorirt wurde; es musste eine *Perforation in die Bronchien* angenommen werden. Ende Mai entwickelte sich eine *Verbackung des fühlbaren Leberrandes mit dem Rippenbogen;* zugleich zeigte sich rechts vorn, zwischen 5. und 7. Rippe *Fluctuation*. Dr. Anders schritt am 8. Juni zur *Operation:* Schnitt über der vorgewölbten Partie im VI. I. C. R. 20 Ctm. lang; derselbe eröffnete eine weite, buchtige, von schwammigem Gewebe ausgekleidete, mit dickem käsigem Eiter angefüllte Höhle; nach Resection der 6. Rippe konnten die Grenzen derselben ungefähr folgendermaassen bestimmt werden: oben und median Lunge, lateral Brustwand, unten Leber resp. Zwerchfell (nicht mit Sicherheit zu entscheiden). Der Verlauf nach der Operation war zunächst ein guter, die Temperatur sank zur Norm; die vordere Grenze der rechten Lunge blieb aber in der Höhe der Mammilla und rückte nicht nach abwärts; am 17. Juni Schmerzen in der Ileocoecalgegend unter Fieber, die nach durch Klysmen erzielten Stühlen schwanden; der eitrige Auswurf hörte auf. Mitte Juli wurde *in der rechten Bauchhälfte eine diffuse Resistenz* wahrgenommen, welche sich bald zu einer *mächtigen Geschwulst* entwickelte. Aus der Operationswunde am Thorax entleerte sich jetzt ausser dem Eiter ein eigenthümliches *klares Secret*, welches zu Zeiten in reichlicher Menge den Verband durchtränkte; die Vermuthung, dass es Harn sein möchte, erhielt eine scheinbare Bestätigung durch eine im Laboratorium des Prof. Poehl ausgeführte chemische Untersuchung, welche in dem Secrete Harnsäure, Harnstoff, Eiweiss und Pepton nachwies; der oben erwähnte eitrige Auswurf stellte sich wieder ein. Der Tumor der rechten Bauchhälfte grenzte sich schärfer ab und verkleinerte sich weiterhin bei gleichzeitiger Zunahme des Ausflusses aus der Wunde, aus welcher jetzt auch übelriechende Gase drangen; Injectionen von Jodoform-Emulsion in die Wunde. Im August wurde der Bauchtumor empfindlich. im September zeigte er deutliche Fluctuation. Eine von Dr. Anders in dieser Zeit ausgeführte Incision entleerte viel Eiter und eröffnete eine weite, multiloculäre Höhle, deren Wandungen mit dicken *Schwarten* ausgekleidet waren; es konnte eine *Communication mit dem Coecum* constatirt werden. Das Secret verlor nun für einige Zeit den faeculenten Charakter, Pat. schien sich zu erholen. Am 18. Sept. bildete sich oberhalb der ersten Incisionswunde am Abdomen ein neues Infiltrat, welches bald Fluctuation zeigte, das Secret roch wieder faecal. Zweite Incision; die neue Abscesshöhle communicirte mit der früher eröffneten. Beide Wunden schlossen sich, es wurde kein Hervorwuchern von Granulationen wahrgenommen. Von Neuem auftretende Infiltrationen machten im Laufe des Octobers zwei weitere Incisionen erforderlich; sämmtliche Abscesshöhlen communicirten mit einander. Die Gesammtmasse der Geschwulst nahm in der Folgezeit erheblich ab; es fand eine ausgedehnte Einschmelzung der die Höhlen auskleidenden Schwarten statt. Bei fortgesetzt hohen Temperaturen verfielen die Kräfte des Kranken; am 23. Nov. trat der Exitus letalis ein. Es mag ausdrücklich hervorgehoben sein, dass der ganze Verlauf seit dem Juli fieberhaft war, mit Ausnahme weniger Tage nach den Operationen.

Dr. Westphalen hat mehrere Male ausgeschabte Gewebsmassen von der Wand des abdominalen Abscesses theils frisch, theils nach Alkoholhärtung untersucht. Es fand sich, dass die untersuchten Theile aus grossen runden Zellen mit relativ kleinen bläschenförmigen Kernen bestanden, deren Protoplasma gekörnt, oft stark fettig umgewandelt war. Die Zellen waren ohne Intercellularsubstanz neben einander belegen und wurden mehrfach von Bindegewebszügen und Capillaren durchzogen, an denen man sehr schön die Vorgänge der Gefässneubildung durch Sprossenbildung studiren konnte. An vielen Stellen hatte das Gewebe eine hämorrhagische Umwandlung erlitten, an anderen Stellen erschien es durchsetzt von lymphoiden mehrkernigen Zellen, was auf Eiterbildung hinwies, schliesslich konnte auch einfacher Zerfall des Gewebes constatirt werden. — Das Ganze trug augenscheinlich den Stempel eines *Sarcomgewebes* an sich und wurde diese Diagnose später durch Prof. Thoma, dem die Präparate vorgezeigt wurden, bestätigt. Fadenbildungen oder ähnliche Dinge, die auf Actinomycose hindeuten konnten, wurden vermisst. Präparate, die frisch unter dem Deckglas und nach Färbung mit Methylenblau und nach Gram untersucht wurden, zeigten ausser kettenförmigen Kokken keinerlei besondere Pilzbildungen. (Vortr. demonstrirt einige der mikroskopischen Schnittpräparate).

Bei der *Section* liess sich zunächst eine frische eitrige Peritonitis constatiren, weiter fand sich *retrocoecal eine Höhle, deren Wände und Inhalt aus eigenthümlichen hirnmarkähnlichen Massen bestanden*, die keine deutliche Tumorbildung verursachten, aber sich auch durch die erwähnte hirnmarkähnliche Beschaffenheit wesentlich von eingedicktem Eiter unterschieden. Diese Höhle stand nun mit den Operationswunden in den Bauchdecken in Verbindung, liess ausserdem hinter dem Zwerchfell eine Communication mit einer ähnlich beschaffenen Höhle innerhalb des rechten Thoraxraumes erkennen. Letztere Höhle wurde begrenzt: lateralwärts durch die Brustwand, welche gleichfalls eine grosse Operationswunde an der Stelle der VI. Rippe zeigte, medial durch den unteren, fest mit der Thoraxwand verwachsenen Theil der rechten Lunge, nach unten durch das Diaphragma, welches wieder in grosser Ausdehnung mit der Leberoberfläche bindegewebig verwachsen war. Auch diese Höhle zeigte eine ganz analoge Beschaffenheit ihrer Wand und ihres Inhaltes, wie innerhalb des Abdomen. Hier setzte sich das hirnmarkähnliche Gewebe direct auf das Lungengewebe fort, zeigte auch innerhalb desselben mehrfach kaum stecknadelkopfgrosse Einstreuungen. Das Lungengewebe selbst erschien in der Nachbarschaft der Höhlenwand von zahlreichen Bindegewebszügen durchzogen. Schliesslich wäre einer Communication der Höhle mit einem Bronchus des mittleren Lappens der rechten Lunge zu erwähnen.

In der Nachbarschaft der abdominalen Höhle zeigten die Darmschlingen die Erscheinungen der chron. Peritonitis, sie waren sämmtlich fest bindegewebig mit einander verwachsen. Ausserdem fand sich im Coecum eine Perforationsöffnung, durch welche das Coecum mit der retroperitoneal belegenen Höhle communicirte.

Was die übrigen pathol.-anat. Erscheinungen des Falles anbetrifft, dürften dieselben aus der anatom. Diagnose hervorgehen. Dieselbe lautete:



Chron. linksseitige Pyelitis: Cystenniere links, compensatorische rechtsseitige Nierenhypertrophie. Perforationsöffnung im Coecum. Chron. paratyphlitischer Abscess? Sarcom? mit Durchbruch in den rechten Pleuraraum und einen Bronchus. Chronische Peritonitis der dem Coecum benachbarten Ileumschlingen. Diffuse fibrinös-eitrige Peritonitis. Trübung des Herzens, der Leber und der Nieren. Hyperplasie der Milzpulpa. Lungenödem.

Nach der Section hat Dr. Westphalen reichliche Schnitte, namentlich aus der auf die rechte Lunge übergehenden Wand der Höhle gemacht und eine völlige Uebereinstimmung der Structur dieser Präparate mit denjenigen aus der im Abdomen belegenen Höhle gefunden, so dass er jetzt auch nach der Section an der Diagnose *grosszelliges, teleangiectatisches, hämorrhagisch zerfallenes und eitrig umgewandeltes Sarcom* festhalten möchte. Diese Diagnose ist gleichfalls von Prof. Thoma acceptirt worden.

Bezüglich der Entstehungsart dieses Sarcoms ist Vortr. der Ansicht, dass es sich zuerst um einen exsudativen Process in der Nachbarschaft des Coecum gehandelt haben mag. In der Folge ist es jedoch zu einer atypischen Vermehrung der Bindegewebszellen gekommen, zu einem Sarcom. Durch die Aufnahme phlogogener Keime kam es zur eitrigen Umwandlung der Geschwulst. Dieser Eiterung ist es auch zuzuschreiben, dass wir es hier nicht mit einem eigentlichen Tumor, was man gemeiniglich als Tumor bezeichnet, zu thun gehabt haben.

Dr. Anders vertritt gegenüber der im Obigen entwickelten anatomischen Diagnose auf Grund des klinischen Verlaufes die Ansicht, dass es sich im vorliegenden Falle um *Actinomycose* gehandelt habe. Dem Einwande, dass die mikroskopische Untersuchung keine für Actinomycose charakteristischen morphologischen Elemente nachgewiesen habe, begegnend, führt A. an, dass die Actinomyceten im Eiter und in Gewebstheilen oft erst nach langem Suchen gefunden werden und dass es in der Literatur Fälle gebe (Esmarch), in welchen die Diagnose Actinomycose auch ohne mikroskopischen Befund zu Recht bestanden habe. Der Verlauf der Krankheit entspreche in allen Puncten dem Bilde einer vom Coecum ausgehenden Actinomycose: die Bildung schmerzloser fluctuirender Tumoren, die aus schlaffem, froschlaichähnlichem, eitrig zerfallendem Granulationsgewebe bestehen und dicken käsigen Eiter enthalten, die Schwartenbildung und darauf folgende Einschmelzung, die Wiederholung desselben Vorganges in der Umgebung des ersten Krankheitsherdes, das schrankenlose Fortkriechen des Processes durch sämmtliche Gewebe hindurch, die Einmauerung der Eingeweide durch die Wucherung, die Bildung vielkammeriger, buchtiger Höhlen; endlich das Ausbleiben von Drüsenschwellungen und Metastasen — dies Alles stimme auf das Genaueste mit der Annahme eines actinomycotischen Processes.

Dr. Kernig wendet sich gleichfalls gegen die anatomische Diagnose: Sarcom, und stützt sich dabei hauptsächlich auf folgende Puncte: 1) Der ganze Process, sowohl der primäre im Coecum, wie der später hinzutretende in der Lunge, hatte von Anfang an einen entzündlichen Charakter, nicht denjenigen einer Neubildung. 2) Die erwähnten hirnmarkähnlichen Massen, welche hier die Abscesshöhlen erfüllten, wurden auch in dem von Monastyrski, Plinatus und Kernig beobachteten Falle von subphrenischem Abscess gesehen, der nach der Operation einen durchaus glücklichen Verlauf nahm. 3) Die Krankheit dauerte fast ein Jahr lang, ohne dass es zu Metastasen gekommen wäre.

Die Discussion soll in der nächsten Sitzung fortgesetzt werden.

Secretär: Dr. E. Blessig.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Appert (Thalweil) beobachtete in einer armen Familie, die in einem sehr kleinen, sehr feuchten Häuschen wohnte, folgende interessante Epidemie. Von 9 Kindern erkrankten in 8 Tagen 7 und zwar 4 an typischem *Erythema nodosum* mit resp. Bronchitis, Bronchopneumonie, Pneumonie, Pleuritis, Diarrhoe; Fieberdauer 3—6 Wochen. Beim 5. Kind musste in Anbetracht der prävalirenden typhösen Symptome die Diagnose auf Abdominaltyphus gestellt werden; gleichzeitig zahlreiche erythematöse Knoten an den Extremitäten. Das 6. Kind bot das Bild eines reinen schweren Abdominaltyphus ohne Erythema nodosum, das 7. das Bild eines Malariafiebers, Intermittens quotidiana (rasche Heilung durch grosse Gaben Chinin) ohne Erythem. — A. glaubt, dass es sich um gleichzeitiges Auftreten verschiedener Infectionskrankheiten handelt: Malaria, Abdominaltyphus und der noch unbekannten Infectionskrankheit, deren auffälligstes Symptom das Erythema nodosum ist. (Corresp. f. Schw. Aerzte № 8.)

— Der Vorschlag Horsley's, *bei Myxoedem eine Schilddrüse vom Thiere auf den Menschen zu überpflanzen*, ist kürzlich von Lannelongue (Paris) praktisch ausgeführt worden. Einem 14-jährigen, die Erscheinungen des Myxoedems (resp. der cretinoiden Idiotie) darbietenden Mädchen wurde ein Theil der Schilddrüse eines Hammels in die rechte Brustseite subcutan implantirt. Der Wundverlauf war ein guter, die Drüse heilte im subcutanen Gewebe ein. Der Einfluss des operativen Eingriffs auf den weiteren Verlauf des Myxoedems bleibt abzuwarten. (Wien. med. Bl.)

Vermischtes.

— In der *Generalversammlung der medicin. Central-Hilfscasse* am 12. Mai wurden zu Gliedern des Comités wiedergewählt Batalin, Nishegorodzew und Popow, neu gewählt an Stelle des verstorbenen Werewkin der Sohn des Gründers der Kasse, N. J. Tschistowitsch. (Wr.)

— Nach den letzten, dem „Wratsch" von Dr. Hübner zugestellten Telegrammen der türkischen Sanitäts-Verwaltung sind in Belek, in der Nähe von Bagdad, am 9. Mai 13 Erkrankungsfälle an einer der Cholera sehr ähnlichen Krankheit vorgekommen; am 10. Mai waren bereits 28 Erkrankungen, von denen 6 starben. An diesem Tage trat die Krankheit auch in Suméké, in der Nähe von Belek auf.

— *Verstorben:* 1) In Staraja-Russa P. A. Alexejew. 2) In Taschkent am 6. April der ältere Ordinator am dortigen Militär-Hospital J. N. Derewjänko, 46 J. alt an Lungenschwindsucht. D. hatte in Kiew 1868 sein Arztexamen gemacht, wurde 1883 in Petersburg auf Grund seiner Dissertation „über die Kniegelenkresection bei chron. fungösen Entzündungen" zum Dr. med. promovirt und war im Laufe des Jahres 1883 am klinischen Hospital als Assistent der 2. chirurg. Abtheilung thätig. In Taschkent hatte sich D. den Ruf eines tüchtigen praktischen Chirurgen und die allgemeine Achtung als Mensch und als gewissenhafter Arzt erworben. (Wr.)

— Das Comité für den internationalen med. Congress in Berlin hat beschlossen, den Gästen ein grosses Abschiedsessen zu geben, dessen Kosten auf 15,000 Mark veranschlagt werden.

— Die Zahl der in städtischer Irrenpflege befindlichen Geisteskranken in Berlin hat sich nach dem Verwaltungsberichte des Magistrats von 1582 im Jahre 1882 auf 2528 i. J. 1889 gesteigert. Diese Steigerung übertrifft das Verhältniss der Zunahme der Bevölkerung um das Dreifache und soll sich dadurch erklären, dass die Aufnahme der Geisteskranken in die Anstalten eine weit vollständigere geworden, so dass jetzt nur wenige derselben einer Anstaltspflege entbehren. Die genannte Zahl erreicht noch nicht 2 ‰, was erfahrungsgemäss der jetzt fast überall herrschende Procentsatz der Geisteskranken sein soll. (A. m. C.-Z.)

— Sehr nachahmenswerth ist die in der Stadt Zwickau getroffene Verordnung, wonach behufs Vorbeugung der Verbreitung ansteckender Krankheiten beim Handel mit getragenen Kleidungs- und Wäschestücken die Auctionatoren, Pfandleiher und Trödler die Anweisung zur sorgfältigen Desinfection solcher Sachen erhalten haben. (A. m. C.-Z.)

— Am 9. Juni feierte Prof. L. v. Dittel in Wien sein 50jähriges Doctorjubiläum, aus welchem Anlass ihm das Ehrendoctorat der Wiener med. Facultät verliehen wurde.

— Dr. Gutzmann (Berlin) theilt in dem „Aerztlichen Praktiker" nachstehenden *beachtenswerthen Fall von tuberculöser Localinfection* mit, den er an sich selbst beobachtet hat.

Am 19. Februar d. J. machte Dr. G. die Section eines an acuter Miliartuberculose Verstorbenen. Dabei muss sich wohl der Nagel des rechten Mittelfingers — vielleicht beim Herausnehmen der Lungen — ein wenig vom Nagelbett abgehoben haben. Er spürte nach der Section ein geringes Stechen in der Fingerspitze, konnte aber trotz allen Suchens keine Wunde finden, desinficirte tüchtig mit Sublimat, Alcohol etc. Das Stechen verschwand und G. merkte an dem Finger, den er zum Percutiren benutzt, nichts Besonderes mehr, bis er ihm ungefähr am 20. März d. J. wieder zu schmerzen anfing. Zunächst achtete er nicht besonders darauf, da er glaubte, sich den Finger irgendwo aus Versehen gestossen zu haben. Da der Schmerz jedoch nicht nachliess, sondern heftiger wurde, untersuchte er den Finger genauer und fand am Rande vom Nagel und Nagelbett einen kleinen linsengrossen Abscess. Sofort schöpfte Dr. G. Verdacht, reinigte das Terrain sorgfältig mit Alkohol, schälte mit dem Messer den Abscess aus und zerdrückte den Eitertropfen, der sich daraus entleerte, zwischen zwei Deckgläschen. Er färbte nach Ehrlich auf Tuberkelbacillen und fand in den Präparaten *drei Tuberkelbacillen.* An dem Befunde ist, da Dr. G. auch anderen Aerzten das Präparat zeigte und Niemand die Tuberkelbacillen verkannte, garnicht zu zweifeln. Verunreinigung erscheint ebenfalls vollkommen ausgeschlossen. Es war also eine locale Infection mit tuberculösem Virus. Dieselbe setzt gewöhnlich das, was man Leichentuberkeln nennt, in denen ja auch schon, wie wohl bekannt, Tuberkelbacillen nachgewiesen wurden. In diesem Falle bildete sich ein kleiner Abscess. Lymphangitis oder Drüsenschwellung hat sich bei Dr. G. nicht eingestellt; selbstverständlich hat er alles Verdächtige ausgekratzt und die Wunde mit Alkohol desinficirt. Bis jetzt ist auch nicht die geringste Temperatursteigung vorgekommen. Hoffentlich bleibt es demnach bei der Localinfection.

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 27. Mai 1890 5723 (62 weniger als in der Vorwoche), darunter 405 Typhus- (36 mehr), 554 Syphilis- (11 mehr), 115 Scharlach- (10 mehr), 55 Masern- (3 weniger als in der Vorwoche), 8 Pocken- (wie in der Vorwoche) und 10 Diphtheriekranke (wie in der Vorwoche).



XV. JAHRGANG. **St. Petersburger** Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,

St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — **Referate** werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 23 St. Petersburg, 9. (21.) Juni **1890**

Ueber partielle Nekrose des Uterus und der Vagina.

(Metritis et colpitis dissecans).

Vortrag, gehalten im Allgem. Verein St. Petersburger Aerzte.

Von

Dr. Th. Dobbert.

Ich stelle zwei Krankengeschichten voran:

1) Marie L., 25 a. n., hat am 22. Juli 1889 zum zweiten Mal geboren. Die Geburt soll, nach Angabe der Pat., von etwas langer Dauer gewesen, im Uebrigen aber normal, ohne ärztliche Hülfe, verlaufen sein. Bald nach der Geburt stellten sich Schmerzen im Unterleibe und Fieber ein, welche in den folgenden Tagen an Intensität bedeutend zunahmen.

Den 30. Juli wurde Pat. in die geburtshilflich-gynäkologische Abtheilung des Peter-Paulhospitals aufgenommen.

Aus dem Status praesens entnehme ich Folgendes:

Pat. von mässig kräftigem Körperbau. Blässe und leichte icterische Verfärbung der Haut, bedeutende Anämie der sichtbaren Schleimhäute. Temperatur erhöht, 39,6° C. Puls klein, frequent, 100 Schläge in der Min. In der linken Regio parotidea Schwellung und Röthung, bedeutende Schmerzen bei der Palpation, keine Fluctuation. Abdomen kaum aufgetrieben, recht schmerzhaft, besonders in den unteren Partien. Uterus vergrössert, Fundus in Nabelhöhe etwas nach links geneigt; Muttermund für 2 Finger bequem durchgängig. Aus der Uterushöhle entleert sich eine bedeutende Menge schmutzig verfärbten, dickflüssigen und sehr übelrichenden Lochialsecretes. In der Umgebung der Gebärmutter recht empfindliche, fast das ganze Becken ausfüllende Exsudatmassen.

Diagnosis: Endometritis puerperalis gangraenosa. Peri- et Parametritis septicae.

Im weiteren Verlaufe wurde der Ausfluss, in Folge 2 Mal täglich ausgeführter intrauteriner Spülungen mit 1‰ Sublimat, etwas weniger übelriechend. Temperatur und Puls zeigten jedoch keine Veränderung. Die Morgentemperaturen schwankten zwischen 38,2 und 38,6°, die Abendtemperaturen zwischen 39,1 und 39,6°. Puls klein, 80 bis 100 in der Min.

8. August. In der linken Regio parotidea deutliche Fluctuation; durch eine Incision werden beträchtliche Mengen übelriechenden Eiters entleert.

19. August (28 p. part.). Nach einer intrauterinen Ausspülung wird im Cervix ein frei bewegliches Gewebsstück bemerkt und ohne Schwierigkeiten entfernt. Am Abend desselben Tages fiel die Temperatur, welche schon in den drei vorhergehenden Tagen Morgenremissionen gezeigt hatte, auf 37,5 und blieb von nun an normal. Das Allgemeinbefinden besserte sich verhältnissmässig schnell, der Ausfluss hörte bald vollständig auf, und musste Pat., auf dringenden Wunsch, schon am 7. Sept. entlassen werden. Am 6. Sept. wurde folgender Befund aufgenommen: Uterus anteflectirt, vergrössert; Cervicaltheil gut formirt, äusserer Muttermund kaum für die Fingerkuppe zugänglich. In der Umgebung des Uterus, besonders linkerseits, derbe, wenig schmerzhafte Infiltrate. Unebenheiten an der Oberfläche oder Verschiedenheiten in der Consistenz des Uterus konnten, soweit eine Palpation überhaupt möglich war, nicht nachgewiesen werden.

Das ausgestossene, an der Oberfläche schmutzig-grau verfärbte und mit Eitermassen bedeckte Stück ist ca. 8 Ctm. lang und an einem Ende 5 Ctm. breit und 1,5 Ctm. dick. Zum anderen Ende hin wird dasselbe allmälig schmäler und dünner und misst dortselbst in der Breite 2 Ctm., in der Dicke nur wenige Millimeter. Auf einem Schnitt zeigt das Gewebe eine gleichmässige muskelähnliche Beschaffenheit und mehrere Gefässlumina. Die mikroskopische Untersuchung bestätigt, dass das Stück im Wesentlichen aus im Zerfall begriffenen, glatten Muskelfasern und vermehrtem Bindegewebe besteht und von unregelmässigen, mit Detritusmassen angefüllten Hohlräumen und zahlreichen Kokkencolonien durchsetzt wird.

2) Marfa J., 24 a. n., wurde am 28. März 1890, mit der Diagnose Endometritis puerperalis et Parametritis duplex septica, ins Peter-Paulhospital aufgenommen. Pat. hat am 18. März, zum dritten Mal, mit Hilfe einer Hebamme, zu Hause geboren. Am 3. Tage des Wochenbettes erkrankte sie mit einem Schüttelfrost, und nahmen die schon bald nach der Geburt aufgetretenen Schmerzen im Unterleibe bedeutend zu. Bei der Aufnahme wurde eine starke Aufgetriebenheit des Leibes und eine beträchtliche Empfindlichkeit desselben, besonders in den unteren Partien, constatirt. Der Uterus, von schlaffer Consistenz, entleert aashaft riechende, eitrige Flüssigkeit. In der Umgebung der Gebärmutter sehr schmerzhafte Infiltrationen. Puls schwach, beschleunigt, 110 Schläge in der Min. Temperatur erhöht 40,2° C. Unter stetigem Steigen der Temperatur, sehr schwacher, frequenter und unregelmässiger Herzaction, Somnolenz und Delirien erfolgte der Exitus letalis schon am 3. April. Intrauterine desinficirende Spülungen hatten keine Aenderung in der Beschaffenheit des Ausflusses herbeizuführen vermocht[1]).

Die bei der Section von Herrn Dr. Jalan de la Croix gestellte pathologisch-anatomische Diagnose ist folgende: Endometritis et Parametritis puerperales septicae. Metritis dissecans. Oedema pulmonum. Degeneratio parenchymatosa cordis, hepatis, renum.

Auszug aus dem Sectionsprotokoll:

Vagina weit; die Schleimhaut derselben livid verfärbt, mit einem dünnen diphtheritischen Belage bedeckt. Uterus vergrössert, von schlaffer Consistenz (Länge 15, Breite auf der Höhe der Tuben 10, Dicke dortselbst 4,5 Ctm.), Länge des Cervicaltheiles 6,5 Ctm. Die Schleimhaut desselben von dunkel schwarzbrauner Farbe gleichfalls mit einem diphtheritischen Belage bedeckt. An der vorderen Fläche des Uterus, 2 Ctm. von der Kuppe desselben entfernt, befindet sich eine fast kreisrunde Oeffnung von 5 Ctm. im Durchmesser. In derselben liegt frei beweglich ein Stück gequollenen und verfärbten Uterusgewebes von

[1]) Herr Dr. P. O. Burkow, welcher die Pat. während ihres Aufenthaltes im Hospital beobachtete, hatte die Freundlichkeit mir den Fall zur Verfügung zu stellen, wofür ich ihm zu Dank verpflichtet bin.

gleichen Dimensionen, an welchem sich sowohl der peritoneale Ueberzug, als auch die Schleimhaut erkennen lassen. Die Parametrien beiderseits enthalten eine Anzahl Eiterherde. Der peritoneale Ueberzug der Gebärmutter ein wenig getrübt und bedeutend ecchymosirt.

In beiden eben mitgetheilten Fällen handelt es sich um septische Puerperalerkrankungen, in deren Verlauf es zur Ausstossung circumscripter, in ihren einzelnen Bestandtheilen jedoch noch differenzirbarer Gewebspartien, kam — ein Process, welcher bisher nur in wenigen Fällen beobachtet worden ist. Es dürfte somit ein näheres Eingehen auf denselben allgemeineres Interesse beanspruchen.

Die ersten Veröffentlichungen, im Jahre 1880, über Ausstossungen grösserer Gewebsstücke aus dem Uterus im Wochenbette knüpfen sich an den Namen Syromjatnikow's[1]). Zwei Fälle hatten seinen Untersuchungen vorgelegen, und in beiden glaubte er es mit einem Processe mehr entzündlichen Charakters, den er Metritis dissecans nannte, zu thun zu haben. Seit der Zeit sind noch andere Fälle bekannt geworden, und konnte 1885 Grammatikati[2]), aus der russischen und amerikanischen Literatur, schon 11 Fälle zusammenstellen. Den ersten in Deutschland und zwar in der Heidelberger Klinik beobachteten Fall theilt Höchstenbach im letzten Heft des Archivs für Gynäkologie (Bd. 37, H. 2) mit. Im Ganzen kommen demnach, wenn wir die oben von mir beschriebenen hinzunehmen, 14 Fälle in Betracht. Nur 4 von ihnen verliefen letal. Weil alle ausschliesslich bei Puerperalerkrankungen zur Beobachtung gelangten, sind einige Autoren geneigt, den in Frage stehenden Process für eine specifische Erkrankung des puerperalen Uterus anzusehen. Dass eine Einwanderung und Vermehrung von Fäulnisskokken als ursächliches Moment dieser Erscheinungen anzusehen sind, unterliegt, wie Grammatikati nachgewiesen, keinem Zweifel; die Frage jedoch, weshalb nur circumscripte Gewebspartien dem Abstossungsprocesse verfallen, muss für's Erste noch offen bleiben; die Lösung derselben mag einerseits in der Art und Weise der Localisation und in verschiedener Virulenz der Mikroben zu suchen sein, andererseits erscheint es durch die Thatsache, dass solche Processe erst seit Einführung der Antisepsis beobachtet werden, nicht unwahrscheinlich, dass derselbe Process, welcher in vorantiseptischer Zeit zu Nekrose und Zerfall des ganzen Organes geführt hätte, heute mehr localisirt wird.

Die Möglichkeit einer septischen Infection der Geschlechtsorgane ist mit am häufigsten während der Geburt und im Wochenbett gegeben, und sind für dieselbe günstigere Verhältnisse, als sie der puerperale Uterus bietet, kaum denkbar. Wenn darum partielle Nekrosen ganz besonders bei Puerperalerkrankungen und speciell am Uterus constatirt werden, so kann uns dieses nicht Wunder nehmen. Ferner können günstige Bedingungen im Organismus für die Infection nach verschiedenen erschöpfenden Krankheiten vorhanden sein; es sei nur an die schon von Liebermeister bei Typhösen wahrgenommene Neigung der Gewebe zum Zerfall erinnert. Jedenfalls ist es sehr wahrscheinlich, dass ein von einer schweren Allgemeininfection durchseuchter Organismus, mit einem wenig reactionsfähigen Gewebe den neu eindringenden Infectionskeimen nur geringen Widerstand zu leisten vermag; in welchen Fällen aber die Vagina der für die Infection am leichtesten zugängliche Theil der weiblichen Geschlechtsorgane ist.

Zum Beleg für das eben Gesagte führe ich folgende Krankengeschichte an:

Christine P., 45 a. n., wurde am 1. April 1888 mit der Diagnose Typhus abdominalis in's Peter-Paulhospital aufgenommen. Aus der Anamnese ist zu ersehen, dass Pat. erst seit 3 Tagen bettlägerig ist, doch schon längere Zeit an heftigen Kopfschmerzen, Ohrensausen und Mattigkeit gelitten hat. Pat. hat 4 Mal geboren; seit der letzten Geburt, welche vor 9 Jahren erfolgte, sind die Menses immer regelmässig gewesen. Ich übergehe in dem Status praesens und dem Krankheitsverlauf die mehr den Therapeuten interessirenden Details; erwähnen muss ich nur, dass di[e] Ergebnisse der physikalischen Untersuchung: Milztumor, Ileocoecalgeräusch, belegte trockene Zunge, Temperatur etc. trotz der fehlenden Roseola, keinen Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose aufkommen liessen. Am 3. April traten die Menses ein und dauerten bis zum 9. April. Am 22. April wurde, bei schon bestehendem Decubitus sacralis, aus den Genitalien eine blutig tingirte Flüssigkeit entleert, welche in den folgenden Tagen einen mehr eiterähnlichen Charakter annahm und sehr übelriechend wurde. Während einer desinficirenden Vaginalirrigation wurde am 30. April ein ca. 8 Ctm. langes und mehrere Centimeter breites Gewebstück aus der Scheide herausgespült. Das Stück, von nicht gleichmässiger Dicke, war mit grünlich-schwarzem Eiter umgeben, liess jedoch auf einem Schnitte noch Gewebsstructur erkennen. Eine genauere Untersuchung des Stückes hat leider nicht stattfinden können, weil dasselbe durch Fahrlässigkeit des Dienstpersonals abhanden gekommen ist. Den 4. Ma[i] erfolgte unter stetigem Kräfteverfall der Exitus letalis.

Die Section (Dr. Jalan de la Croix) führte zu folgender pathologisch-anatomischer Diagnose: Typhus abdominalis paene sanatus. Colpitis diphtheritica et dissecans atque perforativa. Peritonitis sicca. Perihepatitis et Perisalpingitis chron. adhaesivae. Pyosalpingitis duplex. Tuberculosis lobi inferioris pulmonis sinistri atque hepatis. Oedema pulmonum et cerebri. Decubitus sacralis.

Auszug aus dem Sectionsprotokoll:

Milz bedeutend vergrössert, von blass rothbrauner Farbe, weich, fast zerfliesslich. Längs der ganzen Ausdehnung des Ileum, besonders in der Nähe des Coecum, eine beträchtliche dunkelgraue Verfärbung der Peyer'schen Plaques und solitären Follikel. An einer Stelle befindet sich ein kleines typhöses Geschwür, an anderen ausgeheilte. Die Mesenterialdrüsen von Bohnengrösse, dunkelgrau gefärbt. Der seröse Ueberzug der Därme und das Peritoneum getrübt, von dunkelgrauer Farbe. Die Schleimhaut der Scheide von schmutziger, fast schwarzer Farbe, mit diphtheritischem Belage bedeckt. An der linken hinteren Seite der Scheide präsentirt sich ein 8 Ctm. langer und 2 Ctm. breiter Substanzverlust, dessen Oberfläche Eiterung darbietet und an dessen oberem Ende sich im hinteren Scheidengewölbe eine Perforationsöffnung von fast 2 Ctm. im Durchmesser befindet, durch welche die Scheide mit der Bauchhöhle communicirt.

Auch in diesem Falle, in welchem jedenfalls eine schwere typhöse Allgemeininfection vorlag, kam es ähnlich wie in den anderen zur Ausstossung eines Gewebsstückes und zur Perforation in die Bauchhöhle. Dass die partielle Nekrose hier die Vagina, dort aber den Uterus betraf, darin liegt noch kein Grund eine Analogie der 3 Fälle von der Hand zu weisen, handelt es sich doch in denselben um gleiche pathologische Veränderungen, um ein und dieselbe Form einer localisirten septischen Infection.

Wie die vorliegenden Präparate zeigen, verfallen die Gewebe dem nekrotisirenden Processe in verschiedener Intensität und Dimension; es sind ferner zahlreiche Uebergänge denkbar, von den leichtesten Formen, wo nur kleine Gewebspartien absterben, bis zu den schwersten, in welchen die Nekrose durch die ganze Dicke des Organes fortschreitet und selbst das Peritoneum in Mitleidenschaft zieht. Ob zwischen den als Endometritis und Vaginitis dissecans veröffentlichten Fällen, bei welchen eine nur mehr oder weniger entzündlich veränderte Schleimhaut in toto ausgestossen wird, und den eben beschriebenen Vorgängen bloss ein gradueller Unterschied besteht, lasse ich dahingestellt.

Zur künstlichen Ernährung der Säuglinge.

Vortrag, gehalten in der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Ri[ga]
von
Dr. med. Alex. Helling.

Meine Herren!

Indem ich mir Ihre Aufmerksamkeit für einen kurzen B[e]richt über den heutigen Standpunct unserer Wissensch[aft] zur Frage der künstlichen Ernährung der Säuglinge erbitt[e], betone ich von vornherein, um Missverständnissen vorzub[eu]gen, dass ich im Princip jede andere Ernährungsweise als d[ie] an der Mutterbrust perhorrescire und für ein Uebel hal[te], dessen Nothwendigkeit jedoch, aber nur aus Gründen d[er] Wohlfahrt für Mutter oder Kind, unter Umständen zug[e]standen werden muss. Tritt ein solcher Zwang, den Säu[g]ling anders als mit der Mutterbrust ernähren zu müss[en], ein, so gilt bis jetzt und leider bis jetzt mit Recht die [...]

[1]) „Wratsch" № 29, 30. 1880.
[2]) „Russkaja Medizina" № 13—15. 1885.



nährung durch Ammenmilch als der beste Ersatz. Bis vor etwa einem Jahrzehnt hatte die künstliche Ernährung die denkbar ungünstigsten Resultate aufzuweisen; die statistischen Erhebungen ergaben erschreckende Zahlen. So betrug in den 70er Jahren die Sterblichkeitsziffer der Säuglinge durchschnittlich in Bayern 30 %, in Württemberg 35 %. In beiden Ländern war die künstliche Fütterung gebräuchlich. In Norwegen dagegen, wo die meisten Mütter selbst ihre Kinder säugten, betrug sie nur 10 %. In Dieppe, einer sonst sehr gesunden Stadt, wo aber ausschliesslich künstliche Ernährung üblich war, betrug die Sterblichkeit 80 %, wovon allein 68 % an Darmkatarrhen zu Grunde gingen. In Paris betrug sie 33 %. In München allein starben 25 % der mit Kuhmilch und nur 8 % der mit der Mutterbrust ernährten Kinder. Diese Zahlen illustriren drastisch, dass es früher nicht nur gefahrvoller war, geboren zu werden als eine Schlacht bei Gravelotte mitzumachen (Alex. v. Oettingen hat ausgerechnet, dass von 1000 Kindern bei der Geburt mehr Kinder starben, als von 1000 Soldaten in der Schlacht bei Gravelotte Soldaten umkamen), sondern dass es auch nach dieser glücklich überstandenen Gefahr unter Umständen noch gefährlicher war, Säugling zu sein.

Es kann nun nicht geläugnet werden, dass sich die Verhältnisse im letzten Jahrzehnt ganz wesentlich zum Besseren verändert haben. Leider habe ich in der Litteratur aus dem letzten Jahrzehnt keine tabellarischen Zusammenstellungen und vergleichende Untersuchungen in grösseren Zahlen finden können. Es sprechen sich aber die sämmtlichen Autoren des letzten Jahrzehntes in ungleich günstigerem Sinne über die künstliche Ernährung aus, so dass es scheint, dass wir bei einer neuen statistischen Erhebung solche Zahlen wie die angeführten, nicht mehr zu fürchten haben werden und dass sich die Waage nicht unbeträchtlich zu Gunsten der künstlichen Ernährung senken dürfte. Das grosse Verdienst, diesen Umschwung hervorgerufen zu haben, gebührt unstreitig vorwiegend zweien Männern: Biedert und Soxhlet. Biedert durch seine klassischen Untersuchungen über das Casein, das Rahmgemenge und den Verdauungsmechanismus und Soxhlet durch seine Sterilisation der Kuhmilch. Zu ihnen gesellen sich Forscher wie Pfeiffer, Soltmann, Fleischmann, Escherich u. A. Ihr unermüdliches Beispiel, die künstliche Ernährung auf die Höhe der Anforderung zu bringen, sollte Jeden veranlassen den vorgewiesenen Weg mit aller Energie zu beschreiten, damit Theorie und Praxis der künstlichen Ernährung möglichst gefördert würden. Sind wir dann so weit, dass wir den Säuglingen, welchen es versagt bleiben muss, sich Leben und Gesundheit an der Mutterbrust zu trinken, auch durch künstliche Ernährung die Möglichkeit gesicherterer Fortexistenz bieten können, so dürfen wir auch endlich einem alten Fluche unseres socialen Lebens, der Ammenwirthschaft, ein nur zu berechtigtes Ende bereiten. Das Ammenwesen ist eine sociale Ungeheuerlichkeit, an der wir nur achtlos vorübergehen, weil wir ihrer gewohnt sind und ihrer bisher bedurft haben. Wer aber dürfte leugnen wollen, dass es nichts weniger als Moral fördernd wirken kann, wenn die Mütter ihre eigenen Kinder verlassen, um einem fremden das zu gewähren, was sie dem eigenen versagen? Wenn sie gewinnsüchtig Capital aus einer Gabe schlagen, die die Natur ihnen zur Erhaltung gerade des Lebewesens gewährt hat, welches sie selbst in's Dasein gesetzt haben; einer Gabe, die wie nichts Anderes ihr gleich geeignet ist, die Bande zwischen Mutter und Kind immer fester zu knüpfen und eine stete Quelle täglich neuen Mutterglückes zu sein. Wen dürften nicht all' die armen kleinen Geschöpfe dauern, die meist in der Schande geboren entweder einem qualvollen Tode erliegen müssen oder von oft gewissenlosen Ziehmüttern künstlich meist zu Krüppeln aufgefüttert werden? Aber nicht nur leiden die niederen Stände, aus denen sich die Ammen rekrutiren, sondern es tragen auch die besseren, welche die Ammen benutzen, directen Schaden. Wer mir nicht zugestehen will, dass das Sittlichkeitsgefühl in unseren besseren Ständen leiden muss, wenn die Mütter sich mit leichter Mühe den Pflichten gegen ihre Kinder entziehen und sich bald durch die Amme an eine Vernachlässigung ihrer Mutterpflichten zum Schaden der späteren Entwickelung des Kindes gewöhnt haben; wer lächelnd über die Anschauung hinweggeht, dass es unsittlich ist, wenn die Mütter dagegen abgestumpft werden, dass sie in der Amme ebenfalls eine Mutter zu sehen haben, welche die wohlhabendere nur um Geldes willen von ihrer heiligsten und natürlichsten Pflicht hat abwendig machen können, woher sie mindestens die Pflicht hätte, sich auch des Kindes derselben nach Kräften anzunehmen; der wird doch wenigstens nicht läugnen wollen, dass der moralische und gesundheitliche Einfluss, den der Umgang mit einer einfachen, oft nur sinnlichen Trieben folgenden Person auf das Kind haben muss, keineswegs zu unterschätzen ist. Es giebt gewiss tüchtige und zuverlässige Ammen, — aber es sind ihrer nur wenige — die überwiegende Mehrzahl sind Personen, denen gewissenhafte Eltern nie ohne stete Aufsicht ihre Kinder anvertrauen können.

Aber, m. H., nicht nur soll eine moralisirende, vielleicht sentimental erscheinende Theorie den Schaden des Ammenwesens behaupten, sondern Zahlen haben ihn direct bewiesen. In den Ländern, die sich durch eine hohe Kindersterblichkeitsziffer auszeichnen, ist neben der künstlichen Fütterung immer der Usus der Ammen ein weit verbreiteter, so dass beide Factore für die hohe Zahl angeschuldigt werden müssen. Schlagend beweist es Paris. Die Bevölkerung von Paris wäre in den 70er Jahren mit ihrer 33 % Kindersterblichkeit längst ausgestorben, wenn sie sich nicht immer durch Zuwanderung completirt hätte. Paris excellirte durch den Ammenluxus. Während der Belagerungszeit 1870/71, als die Mütter durch die Noth gezwungen waren ihre Kinder selbst zu säugen, sank die Sterblichkeitsziffer auf nur 17 %, um aber dann bald wieder nach Aufhebung der Belagerung, als der gewohnte Ammenmissbrauch wieder möglich geworden war, auf die frühere Höhe von 33 % zu steigen. Wie in Paris verhielt es sich in vielen anderen Ortschaften.

Zu dem Plaidoyer *gegen* die Ammen und *für* eine rationelle künstliche Ernährung ist als schwerwiegendes Moment hinzuzufügen, dass einerseits die Amme die Uebermittlerin infectiöser Krankheitsstoffe sein kann — besonders da es uns Aerzten stets unmöglich bleiben wird, auch bei der genauesten Untersuchung eine wirkliche Garantie für die vollkommene Gesundheit einer untersuchten Person zu übernehmen —, und andererseits die Amme selbst der Gefahr einer Infection von Seiten des Säuglings ausgesetzt sein kann. — Zu alle dem kommen nun noch praktische Schwierigkeiten, die uns oft zwingen von einer Ernährung durch die Amme abzusehen und eine künstliche Ernährung durchzuführen. Es spielt hier oft eine nicht unberücksichtigt zulassende Rolle die Geldfrage, da die Amme ein theures Ernährungsmaterial liefert, ferner die berechtigte Furcht der Eltern vor dem nur zu häufig nothwendigen Wechseln der Ammen; es kommen wohl auch nur die wenigsten Säuglinge mit einer Amme durch.

Ich komme nun zur Besprechung der künstlichen Ernährung selbst. Als Material für dieselbe sind ohne Weiteres alle künstlichen Präparate und Surrogate unter gewöhnlichen normalen Verhältnissen auszuschliessen. Als einziges zulässiges Material behauptet sich in erster Linie immer wieder die Kuhmilch. Die oft aufgetauchte Concurrenz mit anderen Nährstoffen hat sie nicht sich selbst, sondern der Unkenntniss, mit der sie behandelt worden ist, zu verdanken.

Bei der Verwerthung der Kuhmilch zur künstlichen Ernährung handelt es sich darum, sie in der Weise zu verwandeln, dass einerseits sowohl ihre Verdaulichkeit, als auch ihr Nährwerth der Muttermilch gleichkommt, und andererseits die Nahrung möglichst sterilisirt in den Magen des Säuglings gelange.



Es sind somit drei wesentliche Puncte im Auge zu behalten:

1) Dem Casein, als dem wichtigsten Bestandtheil der Milch, eine möglichst verdauliche Form zu geben.

2) Die Milch zu sterilisiren.

3) Die Milch richtig zu verdünnen.

Da die Kuhmilch mit Ausnahme des Zuckers an allen festen Bestandtheilen reicher ist als die Frauenmilch, so ist eine Verdünnung unbedingt erforderlich. Doch ist der Modus der Verdünnung ein ebenso schwieriges, als nicht zu unterschätzendes Moment in der Ernährung.

An festen Bestandtheilen enthält:

	die Frauenmilch:	die Kuhmilch:
Casein	2,8	5,4
Fett	3,5	4,3
Asche	2,4	5,4
Zucker	4,8	4,0.

Die Regulirung des Zuckergehaltes hat man leicht in der Hand. Weniger leicht die des Fettgehaltes, worauf ich noch zurückkomme. Beide Bestandtheile sind jedoch weniger different und wesentlich, als das Casein, der für den Magen des Säuglings differenteste, aber zugleich werthvollste Nährbestandtheil.

Das Casein zeigt nicht nur einen quantitativen, sondern auch qualitativen Unterschied in der Frauen- und Kuhmilch. Aus der Frauenmilch gerinnt es langsam und in feinflockigem Gerinnsel. Aus der Kuhmilch schlägt es sich dagegen schnell und in groben Klumpen nieder. Das Kuhcasein zeigt gegenüber der Pepsinverdauung eine langsamere und schwerere Löslichkeit als das Frauencasein. Escherich, dessen hier einschlägige wichtige Arbeit uns heute noch beschäftigen wird, spricht, indem er den Schwerpunct bei der Milchbehandlung auf das Sterilisiren und das richtige Verdünnen legt, im Gegensatz zu Biedert diesem Verhalten der Caseine weniger Bedeutung zu, wenigstens bei einem normalen gesunden Säuglingsdarme, wohl aber bei schon erkranktem Darme. Ich meine jedoch, dass diese klumpige Gerinnung doch nicht so ganz ausser Acht auch bei gesundem Darm zu lassen ist, besonders da nun doch einmal der kindliche Magen seine Disposition für ein leichter verdauliches Material erhalten hat. Man hat nun auf verschiedene Weise diese grobe Gerinnung des Kuhcaseins zu modificiren gesucht: durch Zusatz von Fett, von Salzen, Alkali oder schleimigen Abkochungen. Vollkommen genügt hat jedoch bisher Nichts. Am besten wird nach Biedert eine feinflockigere Gerinnung durch anhaltendes Kochen und Quirlen der Milch erzielt. Es wirken übrigens auch Zusätze von Fett oder schleimigen Abkochungen auf das Verdaulicherwerden des Caseins, jedoch ganz mechanisch dadurch, dass sich die Fettpartikelchen bei der Gerinnung zwischen die einzelnen Caseinflocken hinein lagern und vertheilen, so dass ein leichteres Durchdringen des Caseins mit dem Magensafte ermöglicht wird. Biedert spricht überhaupt dem Fett an sich eine leichte Verdaulichkeit gerade für den Kindermagen zu und hält dasselbe für ein nicht zu überschätzendes Material in der Kinderernährung.

Das zweite wichtige Moment bei der Behandlung der Kuhmilch ist die Sterilisation derselben. Ein wenig Säure in derselben ist dem Kindermagen minder gefährlich, als mangelnde Sterilisation. Die Milch ist nicht nur zur Brutstätte von Staubpilzen an ihrer Oberfläche ungemein geeignet, sondern auch in Folge ihrer dünnflüssigen Beschaffenheit bei dem losen Wassergehalt einer schnellen vollständigen Durchsetzung mit denselben ausgesetzt, im Gegensatz zu den festen Speisen und auch den dickflüssigen, schleimigen Abkochungen, von deren Oberfläche aus die Pilzculturen nur langsam und schwer in die Tiefe dringen. Escherich fand in der Milch, die im Sommer in die Hände der Consumenten gelangte, in einem Ccm. Milch $\frac{1}{2}$—7 Millionen Keime, eine ganz enorme Zahl. — Die Keime in der Milch können nun sowohl specifisch pathogene Mikroorganismen sein, welche eine Cholera asiatica, einen Typhus abdominalis, eine epidemische Cholera infantum hervorrufen, als auch nicht specifisch pathogene Keime, welche aber die Milch in ihrer chemischen Zusammensetzung ändern und abnorme Gährungsvorgänge im kindlichen Intestinalkanal, eine Dyspepsia ex ingestis, erzeugen. In allen Fällen ist daher theoretisch eine Sterilisation der Milch geboten. Auch praktisch hat man schon in Deutschland mit der Sterilisationsmethode überaus günstige Resultate erzielt. — Trotz mancher minder günstigen Kritik beweisen es schon die eingehenden Untersuchungen auf der Heubner'schen Klinik und die statistischen Erhebungen in Hamburg, wo seit allgemeiner Einführung der Sterilisationsmethode die Kindersterblichkeit in Folge von Darmerkrankungen um nahezu 50% abgenommen hat. Wichtig und interessant sind ferner die Mittheilungen Hagenbach's aus seinen Erfahrungen in der Schweiz: dass auf den Bergen die Verdauungsstörungen der Säuglinge viel seltener sind als in den Thälern, weil dort die Luft bacterienärmer ist; dass ferner Kinder, die an Verdauungsstörungen litten, schnell von ihrer Erkrankung geheilt worden seien, wenn er sie keimfreie Kuhmilch direct aus dem Euter trinken liess. Dieses günstig ausgefallene, überraschende Experiment Hagenbach's beweist die eminente Actionsfähigkeit der in die Milch gelangten Keime. Ein dem von der Natur gezeigten paralleler Weg, auf welchem die Milch fast keimfrei, nur verunreinigt durch wenige Bacterien der Brustwarze und des Säuglingsmundes, in den Magen gelangt, ist hier beschritten worden und hat sogar aller Theorie zum Trotz zur Assimilation an sich schwer verdaulicher Nahrung geführt. — Bei der künstlichen Ernährung wird somit sowohl die Sterilisation der Milch, als auch das steril Erhalten derselben zu einem Postulat, dem wir nach dem heutigen Stande unserer Wissenschaft und Erfahrungen nicht mehr aus dem Wege gehen können.

Man vertreibt nun in neuerer Zeit eine schon in den Molkereien sterilisirte Milch. Die diesem Vertriebe zu Grunde liegende Idee ist eine vollkommen richtige. Es ist wünschenswerth, dass die Milch nicht erst später sterilisirt werde, wenn schon durch die Einnistung von Bacterien chemische Veränderungen ihrer Bestandtheile hervorgerufen worden sind, sondern, um dieses zu vermeiden, möglichst bald nach dem Verlassen des Euters. Die Sterilisation in den Molkereien hat aber zwei Fehler: erstens vertheuert sie die Milch für den grössten Theil der Bevölkerung in zu hohem Maasse, und zweitens hat sie sich bisher als nicht zuverlässig genug gezeigt, um die Milch auf dem gefahrvollen Wege bis in den Säuglingsmagen vor einer Infection zu schützen. Es ist also in jedem Falle geboten, die Milch im Hause des Consumenten selbst zu sterilisiren, wobei es natürlich am besten ist, eine schon sterilisirte Milch zu verwenden, da sie immerhin weniger verändert sein wird, als eine gewöhnliche. Wir verdanken Soxhlet die Idee der Sterilisation der Milch durch anhaltendes, längeres Kochen, indem er nachweist, dass ein blosses Aufkochen durchaus ungenügend sei. Jedoch hat seine Methode der Sterilisation der Milch in zu jedesmaligem Genusse abgemessenen Einzelportionen und sein zu diesem Zwecke construirter Apparat die schon lange verdiente Anerkennung und Verbreitung erst in neuerer Zeit gefunden. So unanfechtbar übrigens auch die Idee der Sterilisation in Einzelportionen ist, so scheint ihre Durchführung doch nicht in allen Fällen geboten und wir kommen meist mit der Sterilisation grösserer Portionen, die erst vor dem Gebrauche abgetheilt werden, aus, was praktisch durch die grössere Einfachheit der Manipulation seinen Vorzug hat. Die sonst gute Methode des Sterilisirens in Champagner- oder starken Seltersflaschen ist unbequem wegen des nöthigen festen Verschlusses der Flasche und theuer, weil viele Flaschen platzen und Milch verloren geht. Einfacher in der Handhabung sind die zu Sterilisationszwecken angegebenen Apparate, in denen auch die Milch zugleich während des Kochens durchgequirlt und durchgeschlagen wird. Es ist unter

ihnen der theurere Bertling'sche und der einfache und billige Soltmann'sche hervorzuheben. Bei beiden Apparaten ist es nothwendig, da die Milch offen kocht, also ein Theil des Wassergehaltes verdunstet, vor dem Kochen eine bestimmte, am besten durch eigene Versuche gefundene Quantität Wassers hinzuzufügen. Niemals darf die Milch — gleichgültig mit welchem Apparate sterilisirt wird — kürzere Zeit als 20 Minuten im kochenden Zustande erhalten werden, darf also nicht weniger als ca. $^1/_2$ Stunde auf dem Feuer stehen, dann muss die Milch sofort in sterilisirte Flaschen gefüllt und kalt aufbewahrt werden.

Ich komme nun zu dem dritten Puncte in der Milchzubereitung und damit zu einer Methode, auf die Ihre Aufmerksamkeit zu lenken mir ganz besonders wichtig erscheint. Es handelt sich sowohl um den *Grad* der Verdünnung der Kuhmilch, als auch zugleich um die *Mengen*bestimmung der pro Mahlzeit und pro Tag von dem Säugling zu consumirenden Nahrungsflüssigkeit. In dieser Angelegenheit, scheint mir, hat Escherich einen grossen und wohl auch erfolgreichen Schritt vorwärts gethan. Er sucht eine genauere und nach physiologischen Grundsätzen normirte Bestimmung einzuführen. In einem im vorigen Jahrgange der Münchener med. Wochenschrift veröffentlichten Vortrage sagt er: «Beim Brustkinde ist durch die Art des Trinkens, sowie durch das Maass der in den Brüsten vorhandenen Milch für die Zahl und Grösse der Mahlzeiten eine Grenze gesetzt, welche nach den bis jetzt vorliegenden Untersuchungen an normal sich entwickelnden Brustkindern sich innerhalb ziemlich enger Grenzen bewegt. Anders beim künstlich ernährten Kinde. Ihm steht die Nahrung in beliebiger Menge und ohne jede Anstrengung zur Verfügung, ja die Mütter nöthigen noch im Gegentheil die Kinder möglichst grosse Nahrungsportionen aufzunehmen, welche den wirklichen Bedarf an Nährwerth und Volumen um das drei- und vierfache überschreiten. Die Folgen dieser habituellen Ueberfütterung, an der wohl die Mehrzahl der künstlich genährten Kinder leidet, liegen zumal in Anbetracht des qualitativ ungünstigeren Verhaltens der Kuhmilchnahrung auf der Hand. Mechanische Belastung und Reizung, Anhäufung unverdauter Massen im Darmkanal, die Möglichkeit abnormer Gährungs- und Fäulnissvorgänge mit all' ihren Folgen sind damit gegeben!» Escherich fährt dann, anknüpfend an die Methode einer stärkeren Verdünnung der Milch nach Biedert, in welcher der Procentgehalt des Caseins aus Furcht vor der differenten Beschaffenheit des Kuhcaseins nur ein geringer ist, fort: «Das Kind muss nun auch, wenn es nicht Hunger leiden will, sehr viel grössere Flüssigkeitsmengen bewältigen, als der an der Brust trinkende Säugling. Abgesehen von dem dadurch bedingten häufigeren Uriniren, Eczemen etc. dürfte auch eine nicht unbeträchtliche und zum mindesten nutzlose Arbeitsleistung der aufsaugenden und ausscheidenden Organe, sowie eine übermässige Ausdehnung des kleinen und muskelschwachen Magens damit verknüpft sein, welche sehr wohl zu Functionsstörungen Veranlassung geben kann. Auch verlangsamt, wie dies experimentell nachgewiesen ist, die starke Verdünnung die enzymotische Verdauung: ein Umstand, der bei der Fermentarmuth des kindlichen Darmkanals und bei künstlicher Ernährung mit Kuhmilch sich besonders bemerkbar macht. Ein Missstand, der mehr der praktischen Durchführung und den unklaren Vorstellungen über den Werth und die Bedeutung des Wasserzusatzes als der Methode selbst anhaftet, ist es, dass über der Angabe der Verdünnung gewöhnlich die Bestimmung der pro Tag aufzunehmenden Flüssigkeitsmenge und des Milchquantums verabsäumt wird!» Die Quantität der aufzunehmenden Nahrung wird nicht durch das Bedürfniss des Kindes in sicherer Weise geregelt. Auf diese Weise werden viele, wenn nicht alle künstlich ernährten Kinder zu Polyphagen. Dies ist das Punctum saliens der ganzen Ernährungsfrage: «Nicht mit wie viel *Wasser* die Milch verdünnt wird, sondern wie viel *Milch* das Kind trinkt, darauf kommt es an!»

Escherich sucht dann Biedert's eigene, bisher zu wenig gewürdigte Untersuchungen über die vom Säugling zu consumirenden Minimalmengen praktisch zu verwerthen. Auf Grund der Pfeiffer'schen Berechnungen über die vom Brustkinde bei jeder Mahlzeit getrunkenen Milchvolumina und den in ihnen enthaltenen jedesmaligen Werth der Nährstoffmenge, bestimmt Escherich das erforderliche Quantum Kuhmilch, welches die gleiche Quantität Nährstoffmenge enthält. Er fügt dann entsprechend den auch von Fleischmann controllirten Capacitätsbestimmungen des Säuglingsmagens das erforderliche Quantum Wasser hinzu. Während nach der bisher gebräuchlichen Biedert'schen Verdünnungsmethode von 1 Theil Milch auf 3—4 Theile Wasser (für den ganz jungen Säugling) eine nur höchstens 1%, später bei schwächerer Verdünnung eine $1^1/_2$% Caseinlösung entstand, haben wir nach Escherich eine der physiologischen gleiche ca. $2^1/_2$% Caseinlösung. Allerdings dürfen wir dann nie dem Säugling wie bisher üblich, 10—12 Esslöffel 8—9 Mal täglich geben, sondern nur 8 Mal täglich $3^1/_2$—4 Esslöffel vom Anfange des ersten Monats bis steigend auf 6 Esslöffel am Ende des ersten Monats und so entsprechend weiter.

Nach der Escherich'schen Methode muss die Verdünnung anfangs in jeder Woche, später alle 14 Tage verändert werden.

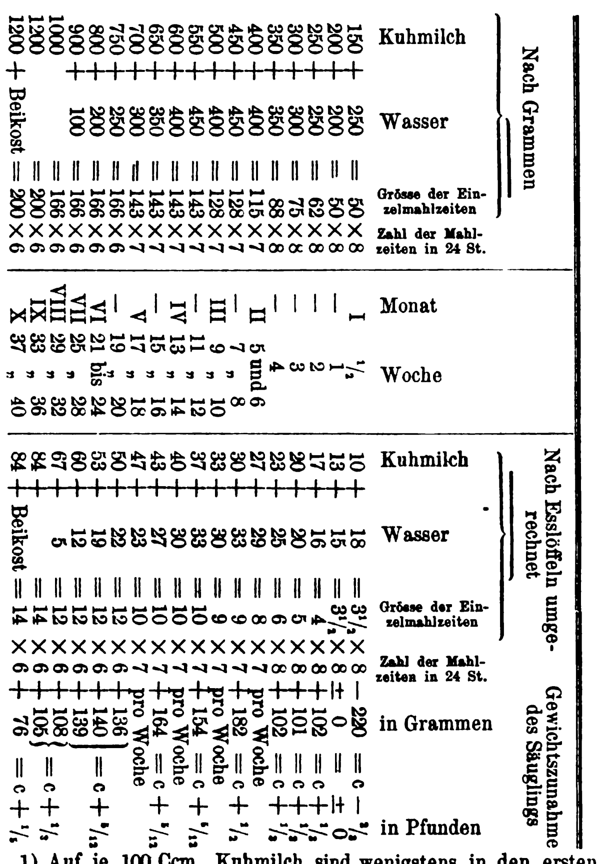
Ich habe persönlich noch keine Versuche mit der Escherich'schen Methode zu machen Gelegenheit gehabt, doch kann ich mich eines ungemein bestechenden Eindruckes nicht erwehren, besonders da die Methode auf unanfechtbaren physiologischen Principien aufgebaut ist und nach den Untersuchungen und Bestimmungen Pfeiffer's, Fleischmann's, Biedert's so zu sagen in der Luft lag. Eine stärkere oder der Muttermilch gleichwerthige Caseinlösung in den normalen Säuglingsmagen zu führen, dürfen wir jetzt kaum ein Wagniss nennen, seitdem wir im Stande sind die Gerinnung des Kuhcaseins zu modificiren, und seitdem wir vor Allem gelernt haben durch Sterilisation der Milch die wesentlichste Gefahr zu beseitigen. Dass nicht das Kuhcasein und die in der Milch enthaltenen chemischen Bestandtheile das den Säuglingsdarm reizende Agens sind, sondern die Infection der Milch durch Bacterien, glaube ich aus eigener Erfahrung bestätigen zu können. Es ist mir oft, und noch dazu im Sommer während der heissesten Jahreszeit gelungen, bei Intestinalcatarrhen des Säuglings sofort einen anderen Zustand zu erzwingen, indem ich bei der gewohnten Verdünnung der Milch bleibend nur das Sterilisiren der Milch mit dem Soltmann'schen Apparat, Aufbewahren der Milch in sterilisirten Flaschen, peinlichste Sauberkeit in der Behandlung der Milch und Desinfection aller mit derselben in Berührung kommenden Gegenstände durchsetzte. Dieses Verfahren ist mir mindestens immer ein mächtiges Unterstützungsmittel bei der Behandlung der Catarrhe gewesen und habe ich nur in den schwersten Fällen ganz von der Verabfolgung der Milch absehen müssen.

Die Escherich'sche Verdünnungsmethode verlangt allerdings mehr Sorgfalt und Präcision von Seiten der Pflegerin der Kinder, als bisher üblich gewesen ist, auch dürfte manches Lamentiren besonders von Seiten der weiblichen Angehörigen zu hören sein, dass das Kind bei den wenigen Esslöffeln Nahrung unbedingt verhungern müsse. Doch diesen Kampf gegen Vorurtheile und die Scheu vor grösserer Arbeit werden wir um so eher aufnehmen, je mehr wir von dem Werthe der Methode überzeugt sein dürfen und je mehr wir durch wachsende Erfolge ermuthigt werden.

Escherich hat nun seine Berechnungen in eine leicht übersichtliche Tabelle gebracht. Da ich mich unter der zwingenden Nothwendigkeit einer Propaganda für die mich überzeugende Escherich'sche Theorie fühle und auch die Herren Collegen bitten möchte, sich einer solchen nicht ganz zu entziehen, so erlaube ich mir Ihnen hiermit die Escherich'sche Tabelle mitzutheilen. Ich habe für Fälle, wo kein Maassgefäss zur Verfügung sein sollte, das



übrigens leicht zu beschaffen ist und von den Pflegerinnen, sobald sie nur gelernt haben damit umzugehen, auch gern benutzt wird, das Grammgewicht approximativ in das Maass von Esslöffeln umgerechnet.



Nach Grammen: Kuhmilch	Wasser	Grösse der Einzelmahlzeiten	Zahl der Mahlzeiten in 24 St.	Monat	Woche	Nach Esslöffeln umgerechnet: Kuhmilch	Wasser	Grösse der Einzelmahlzeiten	Zahl der Mahlzeiten in 24 St.	Gewichtszunahme des Säuglings in Grammen	in Pfunden
150 +	250 =	50 ×	8	I	1/2	10 +	18 =	3 1/2 ×	8	— 220	= c — 2/5
200 +	200 =	50 ×	8	—	1	13 +	15 =	3 1/2 ×	8	± 0	= ± 0
250 +	250 =	62 ×	8	—	2	17 +	16 =	4 ×	8	+ 102	= c + 1/5
300 +	300 =	75 ×	8	—	3	20 +	20 =	5 ×	8	+ 101	= c + 1/5
350 +	350 =	88 ×	8	—	4	23 +	25 =	6 ×	8	+ 102	= c + 1/5
400 +	400 =	115 ×	7	II	5 und 6	27 +	29 =	8 ×	7	pro Woche	
450 +	450 =	128 ×	7	—	7 „ 8	30 +	33 =	9 ×	7	+ 182	= c + 1/3
500 +	400 =	128 ×	7	III	9 „ 10	33 +	30 =	9 ×	7	pro Woche	
550 +	450 =	143 ×	7	—	11 „ 12	37 +	33 =	10 ×	7	+ 154	= c + 5/18
600 +	400 =	143 ×	7	IV	13 „ 14	40 +	30 =	10 ×	7	pro Woche	
650 +	350 =	143 ×	7	—	15 „ 16	43 +	27 =	10 ×	7	+ 164	= c + 5/18
700 +	300 =	143 ×	7	V	17 „ 18	47 +	23 =	10 ×	7	pro Woche	
750 +	250 =	166 ×	6	—	19 „ 20	50 +	22 =	12 ×	6	+ 136	
800 +	200 =	166 ×	6	VI	21 bis 24	53 +	19 =	12 ×	6	+ 140	= c + 5/18
900 +	100 =	166 ×	6	VII	25 „ 28	60 +	12 =	12 ×	6	+ 139	
1000	=	166 ×	6	VIII	29 „ 32	67 +	5 =	12 ×	6	+ 108	= c + 1/5
1200	=	200 ×	6	IX	33 „ 36	84	=	14 ×	6	+ 105	
1200 + Beikost	=	200 ×	6	X	37 „ 40	84 + Beikost	=	14 ×	6	+ 76	= c + 1/5

1) Auf je 100 Ccm. Kuhmilch sind wenigstens in den ersten Monaten 4 Gramm Zucker oder zweckmässiger 1 Kaffeelöffel Malzextract (Löfflund's Kindernahrung) zuzusetzen.

2) Auf je 100 Ccm. Wasser, wo thunlich, 2—3 Gramm Fett = 1 Kaffeelöffel der Dr. Lahmann'schen Conserve („vegetabilische Milch") oder ca. 2 Kaffeelöffel sterilisirten Rahm.

Nur einer Schwierigkeit weiss Escherich, der er übrigens auch weniger Bedeutung beilegt, nicht recht zu begegnen. Es ist das die Erhöhung des Fettgehaltes. Bei der Escherich'schen geringen Verdünnung ist der Fettgehalt allerdings ein höherer, als bei der Biedert-schen, doch ist derselbe noch nicht dem in der Muttermilch gleichwerthig. Escherich proponirt nun, falls man überhaupt noch Fette hinzusetzen wolle, da er kein anderes Fettmaterial findet, die Dr. Lahmann'sche Conserve, vegetabilische Milch genannt. Da nun aber bei uns alle Conserven theuer sind, und meist auch das Vertrauen zu denselben kein verbreitetes ist, so möchte ich eingedenk der Biedert'schen Untersuchungen über den Werth des Fettgehaltes in der Kindernahrung und seiner Erfolge mit dem Rahmgemenge, mir den Vorschlag erlauben, das Fett in Form von Rahm zu der Nahrungsflüssigkeit hinzuzufügen.

Ich erlaube mir nun noch einmal den Gang der besprochenen Zubereitung der Säuglingsnahrung kurz zusammenzufassen:

Eine beliebige und gute, möglichst von verschiedenen Kühen gemischte Milch wird, sobald sie in die Hände der Consumenten gelangt ist, einer gründlichen Sterilisation unterworfen, d. h. sie wird mindestens 20 Minuten mit einem der erwähnten Apparate in kochendem Zustande erhalten. Benutzt man den Bertling'schen oder Soltmann'schen Apparat, so muss vorher eine am besten durch eigenes Versuchen gefundene Quantität warmen Wassers hinzugefügt werden. Nach der Sterilisation wird die Milch in ausgekochte und mit einer desinficirenden Lösung nach gespülte Weinflaschen gethan, diese mit ausgekochten Korken verschlossen und an einen möglichst kühlen Ort gestellt. Durch das anhaltende Kochen der Milch haben wir einerseits eine Sterilisation erzielt, andererseits eine Modification des Gerinnungsmodus des Caseins erreicht, endlich die Milch länger haltbar gemacht. Kurz vor jeder Mahlzeit wird die Milch nach der Escherich'schen Tabelle mit sterilisirtem Wasser verdünnt, sterilisirter Rahm und Zucker, in den späteren Lebensmonaten auch Hafermehllösung an Stelle des Wassers hinzugethan, die Mischung auf ca. 30° in einem gut desinficirten Gefässe erwärmt und dem Säugling verabfolgt. Rahm und Zucker können auch vor der Sterilisation der ganzen Portion in entsprechender Menge hinzugefügt werden. Durch das Hinzufügen von Fett machen wir nicht nur die Nahrung der Muttermilch gleichwerthig, sondern erzielen auch ebenso wie durch Hafermehl eine feinere Flockung des geronnenen Caseins. Ich halte es ferner für unerlässlich und glaube die Unerlässlichkeit durch günstige Erfahrungen nachweisen zu können, dass 1) die Nahrungsaufnahme nach der Uhr geregelt werde und 2) das ganze zur Ernährung bestimmte Instrumentarium, Saugflaschen, Saughülsen, Korken für die Saugflasche etc. nach bei jedesmaligem Gebrauch erfolgter Reinigung in einer desinficirenden Lösung — ich habe bisher immer eine ca. 3—5% Lösung Natr. biboracic. benutzt — liegend gehalten werden, ebenso dass auch vor der Nahrungsaufnahme, möglichst auch nachher, der Mund des Säuglings mit einer gleichen Lösung ausgewischt werde. Viel Mühe, aber auch mancher Erfolg!

Zum Schlusse dürfte es mir gestattet sein, die für die Kuhmilch empfohlenen Surrogate einer kurzen Prüfung zu unterziehen, deren wir bei schweren Darmcatarrhen immerhin auch bei Brustkindern bedürfen können.

Als ganz abgethan haben zu gelten das früher so viel und auch jetzt noch mitunter gebrauchte Nestle'sche *Kindermehl,* ebenso die Liebe'sche Leguminose und die leider dazwischen immer noch ihr unheilvolles Wesen treibende Liebig'sche *Suppe.* Sie sind alle drei in ihrer Zusammensetzung viel zu complicirt und für den Magen zu different, so dass sie auch von den weitaus meisten Säuglingen nicht vertragen werden. Es sind Präparate, für die nach den Worten Soltmann's der Säuglingsmagen nicht ein physiologisches Gebilde ist, sondern einfach eine chemische Retorte.

Anders verhält es sich mit den *Hafermehlen.* Allerdings sind sie für ganz junge Säuglinge als alleiniges Nahrungsmittel, falls sie in der zur Ernährung nothwendigen Concentration gegeben werden, zu different, empfehlen sich aber für Säuglinge vom 2.—3. Monat an in schwacher Lösung zur Verdünnung der Milch an Stelle des Wassers, ferner ebenfalls in ganz verdünntem Zustande bei Erkrankung des Darmkanals; wo Milch absolut nicht vertragen wird. Obenan steht hier, was Nährwerth und Verdaulichkeit anlangt, das Präparat von Kufeke, dann das Knorr'sche, ferner das Scotchout-Mehl, das ist gewöhnliches Hafermehl, wie es aber in Schottland bearbeitet wird und auch auf den englischen Schiffen gebraucht wird. Mein eigenes Söhnchen vertrug es gegenüber unserem gewöhnlichen Hafermehl und dem St. Petersburger Präparat Avena, das ich nicht zu loben vermag, ganz ausgezeichnet.

Ein nicht selten gebrauchtes und immer wieder empfohlenes Präparat ist die sog. *condensirte Milch.* Ich beschränke mich über sie die auf dem 54. Congress deutscher Naturforscher und Aerzte von Soltmann ausgesprochenen Worte wiederzugeben: «dass sie in gewisser Verdünnung nährt, aber schlecht vertragen wird und dass sie in mässiger Verdünnung gut vertragen wird, aber schlecht nährt!»

Ein neuerdings hergestelltes und sowohl von Pfeiffer auf einer Naturforscherversammlung, als auch von Escherich empfohlenes Präparat ist die sog. *peptonisirte* Milch.



Es ist das eine Milch-Conserve, in welcher das Casein bereits auf künstlichem Wege durch Laab oder Trypsinferment in Pepton umgewandelt worden ist, so dass also der kindliche Magen gerade von dieser schwersten Arbeit entlastet wird. Ich selbst besitze über dieselbe keine Erfahrungen, aber sowohl die theoretischen Erwägungen Pfeiffer's, als auch die bisherigen, wenn auch spärlich veröffentlichten Versuche scheinen dazu angethan, dieselbe auf's Wärmste zu empfehlen.

Das beste von allen bisher bekannten Präparaten (ich schliesse die peptonisirte Milch als nicht bekannt aus) ist unstreitig Biedert's *künstliches* Rahmgemenge. Ich habe mit derselben mein eigenes Söhnchen aufgefüttert, das im 1. Monat reines Rahmgemenge und vom 2. Monat an Milch und Scotchout-Mehl dazu in immer aufsteigender Quantität der Milch und absteigender Quantität des Rahmgemenges bekam, so dass am Anfange des 4. Monats letzteres ganz fortfiel. — Biedert's Rahmgemenge, besonders aber auch der vorher beschriebenen und peinlichst während der ersten 9 Monate durchgeführten Sterilisationsmethode, wenn nicht auch einer natürlichen Veranlagung, schreibe ich es zu, dass sein Gewicht stetig und gleichmässig zunahm, dass der Junge bis jetzt schon im 4. Lebensjahre, vom 1. Tage an gerechnet, noch nicht auch nur einen Tag lang einen Magen- oder Darmcatarrh gehabt hat, dass also der kleine Organismus bis jetzt mit einem vortrefflichen Intestinaltractus functionirt. Aehnliche Erfahrungen habe ich auch an anderen Kindern zu machen Gelegenheit gehabt, und finde auch bei sämmtlichen Autoren, die mit dem Rahmgemenge Versuche gemacht haben, ein gleiches Urtheil. Allerdings seitdem ich mit der Escherich'schen Methode der Kuhmilchzubereitung vertraut bin, werde ich mir diese anzuwenden Gelegenheit nehmen, weil aus theoretischen Gründen das Rahmgemenge kein genügendes Nährmaterial enthält und ebenfalls zu Polyphagie führen muss. Es bleibt jedoch immer ein ganz vortreffliches Präparat zu zeitweiliger Ernährung bei nicht intacter Darmthätigkeit, wo Milch auch von Brustkindern nicht vertragen wird. Falls das künstliche Rahmgemenge zum Gebrauche zu theuer sein sollte, oder wo es nicht zu beschaffen ist, kommt das natürliche in Betracht. Nach Biedert wird dasselbe in der Weise hergestellt, dass auf immer 1 Theil Rahm und 3 Theile Wasser vom 2. Monat an $^1/_2$ Theil Milch und steigend hinzugefügt werde, so dass vom 6. Monat an nur Milch und etwas Wasser gegeben wird. Auch zum Rahmgemenge muss eine Quantität Zucker ca. $^1/_2$ Esslöffel pro Tag hinzugefügt werden.

M. H. Ich schliesse meinen Vortrag mit den Worten Soltmann's, die wir uns als ein stetes Memento auf die Tafel unserer Pflichten eingraben dürften: «Der Grundton aller privaten und öffentlichen Mittheilungen lautet immer wieder, was ich selbst schon an einer anderen Stelle niederschrieb, dass die Muttermilch als das einzige rationelle Nahrungsmittel für den Säugling zu betrachten ist. Dies soll immer und immer wieder ein Appell an die Aerzte sein, das Selbststillen der Mutter mit allem Nachdruck zu fördern und der Neigung wohlhabenderer Mütter, sich demselben aus Eitelkeit, Bequemlichkeit, Mangel an Pflichtgefühl für sich und für ihr Kind zu entziehen, entschieden entgegen zu treten!» Und dann über die Frage der künstlichen Ernährung: «Wir haben mit der Fixirung und offenen Vertretung der künstlichen Ernährung in der That einen gewaltigen Schritt vorwärts gethan auf dem weiten Arbeitsfelde, das noch vor uns liegt und zu dessen gemeinsamer Bearbeitung sich in Zukunft Arzt, experimenteller Pathologe, physiologischer Chemiker und Landwirth die Hand reichen müssen. Lassen Sie uns bei den uns beschäftigenden Fragen mit möglichst nüchterner Kritik ohne Voreingenommenheit vorgehen und nicht vergessen, dass gerade jetzt zu einer Zeit des socialen Elends und der socialen Verwilderung mächtiger und ernster denn je diese grossen hygienischen Fragen an uns herantreten, die das körperliche und geistige Wohl in sich bergen, der kommenden Generation, in deren Händen die Zukunft des Vaterlandes liegt!»

Referate.

Prof. Ranke: Intubation und Tracheotomie bei Croup. (Jahrb. für Kinderheilk. pag. 298, 1890).

Prof. Ganghofner: Ueber die Behandlung der croupös-diphtheritischen Larynxstenose mittelst der O'Dwyer-schen Intubationsmethode. (Jahrbuch für Kinderheilk. pag. 328, 1890).

Vom amerikanischen Arzt O'Dwyer sehr warm empfohlen, wurde die Methode der Intubation vielfach in Anwendung gezogen. In Deutschland hat sie aber noch keinen festen Fuss fassen können, obgleich die Resultate der amerikanischen und englischen Aerzte zu einer weiteren Prüfung auffordern. Dillon Brown berichtet über 2368 Fälle mit 647 Heilungen = 27,3%. Prof. Ranke stellt in seiner Abhandlung 50 Fälle von primärer acuter diphtheritischer Kehlkopfstenose und 15 von secundärer zusammen und bemüht sich an der Hand dieses Materials sein Urtheil über die Intubationsmethode zu fällen. Von vorneherein bekennt Verf., dass es gerade bei der Diphtherie, die so ein wechselndes Bild zeigt, schwer ist den Nutzeffect einer Methode zu bestimmen. Von 50 Fällen trat Heilung in 15 Fällen = 30% ein — ein ziemlich gutes Resultat, wenn man in Betracht zieht, dass unter den 50 Fällen eine grosse Anzahl anämischer, schwächlicher Kinder sich befand und einige sogar an Scharlach während der Intubationszeit erkrankten. Die Indicationen zur Intubation waren die gleichen, wie die zur Tracheotomie. Verf. macht auf die Schwierigkeiten aufmerksam, welche der Ausführung dieser neuen Methode entgegentreten: erstens die Herausnahme der Tube, zweitens die Schwierigkeit der Ernährung in Folge des Verschluckens. Bei der Herausnahme der Tube hat man hauptsächlich darauf zu achten, dass der eingeführte Zeigefinger den hinteren vorstehenden Theil des Tubenkopfes fühlt. Dr. Guyer belässt sogar die Fadenschlinge an der Tube während der ganzen Intubationsdauer. Viel wichtiger ist der zweite Einwand, den die Gegner dieser Methode hervorheben, — die Gefahr des Verschluckens. Zwar vermögen die intubirten Kinder feste und breiige Substanzen ohne Schwierigkeiten hinunterzubringen, beim Trinken aber gelangt ein Theil der Flüssigkeit wegen mangelhaften Verschlusses des Kehlkopfeinganges in die Luftwege. O'Dwyer giebt die Gefahr der Schluckpneumonie nicht zu und die Sectionsbefunde von Northrup scheinen diese Meinung zu bestätigen, indem er unter 87 nach Intubation verstorbenen Kindern keinen einzigen Fall von Schluckpneumonie fand. Auch Verf. neigt sich der Ansicht zu, dass die in Rede stehende Complication nach dem Intubiren nicht häufiger ist, als nach Tracheotomie. Zum Schluss seiner Abhandlung stellt Prof. Ranke folgende Thesen auf:

1) Das O'Dwyer'sche Intubationsverfahren ist als eine in vielen Fällen erfolgreiche Methode der Behandlung der acuten diphtheritischen Kehlkopfstenose und damit als ein entschiedener Fortschritt der Therapie anzuerkennen.

2) Niemals wird die Intubation die Tracheotomie ganz zu verdrängen vermögen.

3) Beide Operationsmethoden sollen nicht rivalisirend einander gegenüber gestellt werden, sondern haben sich einander zu ergänzen, um, sei es jede für sich allein, oder in Combination mit einander, möglichst viele Leben zu retten.

4) In der Regel, die jedoch verschiedene Ausnahmen zulässt, wird die Behandlung mit der Intubation beginnen können und die Tracheotomie erst einzutreten haben, wenn erstere nicht zum Ziele führt.

5) Die besten Resultate der Croup-Behandlung dürften künftig wahrscheinlich in hygienisch-tadelfreien Anstalten zu erreichen sein.

Prof. Ganghofner giebt uns ebenfalls eine Uebersicht über die mit der Intubation erzielten Resultate. Mit Rücksicht auf die Schwierigkeiten der Tubenentfernung, lässt Verf. die Fadenschlinge am oberen Ende der Tube liegen und fixirt den Doppelfaden in der Gegend des Ohres mit Heftpflasterstreifen; dabei müssen selbstverständlich die Hände der Kinder auf irgend eine Weise unschädlich gemacht werden. Der Faden genirte wenig und ein Durchbeissen desselben kam nur sehr selten vor. Bei der Vornahme der Intubation ertheilt Verfasser den Rath, sich zur Tracheotomie bereit zu halten, weil beim Einführen der Tube eine Asphyxie eintreten kann, bedingt durch Hinabstossen von Membranen aus dem Larynx in die Trachea, was freilich selten vorkommt. Verf. bespricht dann den durch das lange Verweilen der Tube im Larynx bedingten Decubitus, der zur Zeit seiner ersten Versuche häufiger eintrat, als späterhin, wo er jede 24—32 Stunden die Tube, wenigstens zeitweilig herausnahm. Die Stimmbandfunctionen wurden nicht geschädigt. Zum Schlusse spricht Verf. seine Ueberzeugung dahin aus, dass bei der Behandlung der croupös-diphtheritischen Larynxstenose die Intubation neben der Tracheotomie volle Berücksichtigung verdient.

Abelmann.



Rabow: Exalgin. (Therap. Monatsh. № 5).

Das von A. W. von Hofmann 1874 dargestellte Exalgin (Methylacetanilid) ist von Dujardin-Beaumetz und Bardet, sowie von Binet, Cohn und Hepp geprüft worden. Es erwies sich als Antipyreticum wegen seiner Wirkung auf das Gehirn als gefährlich, dagegen hat es sich als ein vorzügliches schmerzstillendes Mittel bewährt. Es sei in Bezug auf die Geschichte der therapeutischen und toxikologischen Versuche mit dem Exalgin auf das Original verwiesen und hier der von R. erhaltenen Resultate gedacht. Er hat das Präparat von Merck in Darmstadt bekommen und 80 Mal bei 30 Kranken angewandt und zwar fast immer in Pulverform zu 0,25. Ganz besonders wirksam erwies es sich bei Migräne und den verschiedensten Arten von Kopfschmerzen, bei Quintusneuralgien, bei von schadhaften Zähnen ausgehenden Schmerzen, Ohrenschmerzen (Furunkel im Gehörgange), weniger gut bei Ischias und Muskelrheumatismus, bei schmerzhaften hysterischen Beschwerden, Epilepsie, bei psychischen Störungen und melancholischen Angstzuständen; gegen die lancinirenden Schmerzen der Tabiker wirkte es oft günstig. Von Nebenwirkungen hat R. verhältnissmässig oft schon ¼—½ Stunde nach dem Einnehmen des Mittels kurzdauerndes Schwindel- und Trockenheitsgefühl, Flimmern vor den Augen, Ohrensausen und ein Mal Schweiss am Gesichte, aber nie Cyanose und Exantheme auftreten sehen. Schliesslich warnt R. vor zu grossen Gaben wegen der durch Anilinpräparate producirten Schädigung der Blutkörperchen. Bezüglich der Literatur cf. das Original.

Hinze.

Rabow: Hypnol. (Therap. Monatsh. № 5).

Bardet hat unter diesem Namen das durch Vermischen concentrirter Lösungen gleicher Theile Chloralhydrats und Antipyrins entstehende Trichloracetyldimethylphenylpyrozolon als Schlafmittel empfohlen und hält Reuter gegenüber, welcher die chemische Constitution des Hypnols bestimmte, mit Bonnet die Ansicht aufrecht, dass es die hypnotischen Eigenschaften des Chlorals und die analgetischen des Antipyrins in sich vereinigt. Er hat das Mittel, welches viel schwerer in Wasser löslich ist als Chloralhydrat, geruchlos ist, nicht reizt und nicht ätzt und nicht kratzend schmeckt, bei 22 schlaflosen Kranken zu 1,0 pro dosi gegeben und selbst beim Vorhandensein von Schmerzen oder Husten Schlaf erzeugt, wobei bemerkenswerth ist, dass in 1,0 Hypnol ungefähr nur 0,45 Chloral enthalten ist. Hinze.

Wissenschaftliche Verhandlungen der Dorpater medicinischen Facultät.

Sitzung am 17. Mai 1890.

Vorsitzender: Herr R. Thoma.
Berichterstatter: Herr R. Kobert.

1) Herr Barfurth berichtet über **Zellbrücken glatter Muskelfasern**, die er an der Längs- und Ringmuskulatur des Magens, Duodenums, Dünn- und Dickdarms der Katze fand. Sie entsprechen den „protoplasmatischen Brückchen", die zuerst Kultschizki in der Muscularis externa des Hundedarms gesehen hat. Es sind niedrige Leisten, die der Länge nach den Muskelfasern aufsitzen und die Verbindung mit benachbarten Fasern herstellen; zwischen denselben finden sich Intercellularlücken, die ein feines Canalsystem bilden.

2) Herr Dehio bespricht einen von ihm beobachteten Fall von **herdweiser Erweichung der Brücke.**

Eine 52jährige Frau erkrankte plötzlich ohne stärkern Insult mit einer *rechtsseitigen, motorischen Hemiplegie, rechtsseitiger Parese des N. facialis* und einer ganz geringen Parese des *linken N. hypoglossus.* Vier Wochen später gesellte sich zu diesen Erscheinungen plötzlich eine hochgradige *Anarthrie* und zugleich eine Schluckbehinderung, die sich in öfterem *Fehlschlucken* äusserte. Nach weiteren 4 Wochen starb die Patientin an Schluckpneumonie, die zu Lungengangrän geführt hatte. Die Section und nachträgliche genaue mikroskopische Durchforschung der Medulla oblongata und der Brücke erwies *zwei Erweichungsherde in der Substanz der Brücke*, von denen der eine, etwa Zwetschenkerngross, links von der Mittellinie gelegen, die ganze linksseitige Pyramidenbahn zerstört hatte und sich etwa in der Mitte der Brückenhöhe befand. Dieser Herd hatte offenbar die rechtsseitige Hemiplegie und die mit dem Erkrankungsherde homolaterale Parese des Hypoglossus bewirkt, indem er die Fasern des letzteren unterhalb ihrer Kreuzung getroffen hatte. — Ein zweiter, etwa erbsengrosser Erweichungsherd lag höher oben (proximal) in der Brücke, hart an der Mittellinie, und hatte nur den innersten (medialen) Theil der rechten Pyramidenbahn zerstört. Redner ist der Ansicht, dass die articulatorische Sprachstörung und die Deglutitionsstörung gleichzeitig mit der Entstehung dieses zweiten Herdes aufgetreten ist, was sich nur durch folgende Annahme erklären lässt: sowohl für das articulirte Sprechen wie für das Schlucken verlaufen motorische Bahnen durch *beide* Ponshälften, gemeinsam mit den Pyramidenfasern, herab; nach Zerstörung der Sprach- und Schluckbahn der linken Seite hat die entsprechende rechtsseitige Bahn allein oder vicariirend für die linke das Sprechen und Schlucken vermittelt. Als mit der Entstehung des rechtsseitigen Erweichungsherdes auch diese Bahn unterbrochen wurde, trat Anarthrie und Fehlschlucken ein. Da nun der rechtsseitige Ponsherd nur die innersten Faserzüge der Pyramidenbahn durchtrennt hatte, so folgt hieraus, dass die articulatorische Sprachbahn und die Leitungsbahn für den willkürlichen Beginn des Schluckactes, wenn man eine solche Bahn überhaupt anerkennt, innerhalb der Brücke in den medialen Theilen der beiden Pyramidenbahnen gelegen ist.

Die genauere Krankengeschichte, eine kritische Würdigung derselben und eine Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Fälle von Erweichungsherden der Brücke findet sich in der Dissertationsschrift des Herrn Dr. Markowski.

3) Herr Unverricht demonstrirt Curven der Muskelzuckungen und der Athmung bei **Paramyoklonus multiplex.**

Es beweisen diese Curven:

1) dass psychische Erregungen verstärkend auf die Muskelzuckungen wirken;

2) dass diese Zuckungen durch Willensanstrengung unterdrückt werden können;

3) dass sie arhythmisch und ungleichmässig stark sind, und

4) dass auch die Athmung unter der Herrschaft des Willens selbst beim Sprechen normale Mechanik zeigt, während psychische Erregungen so lebhafte Zuckungen hervorrufen, dass die Phonation eine Zeit lang unmöglich ist.

U. ist der Ansicht, dass in diesen charakteristischen Eigenthümlichkeiten genügend klinische Unterscheidungsmerkmale gegeben sind, um den Paramyoklonus von den übrigen motorischen Neurosen zu trennen. Durch Demonstration von Zittercurven bei Paralysis agitans und multipler Sclerose wird dieser Unterschied noch besonders illustrirt.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Hillebrand (Köln) rühmt die vorzüglichen Erfolge der Unna'schen *Behandlungsmethode des Ulcus cruris.* Dieselbe besteht in Folgendem: Gründliche Abwaschung des Unterschenkels mit Seifenwasser, Bepinselung desselben (mit Ausnahme des Geschwürs) mit dicker Schicht erwärmten Zinkleimes (Rp. Zinc. oxydat., Gelat. puriss. āā 10,0, Glycerin, Aq. dest. āā 40,0); auf das Geschwür wird Jodoform gepudert und eine Lage Watte oder Krüllmull gelegt (event. mit Jodoform oder Sublimat getränkt); darauf Anlegung einer in Wasser getauchten und ausgedrückten gewöhnlichen, appretirten, zweiköpfigen (von beiden Seiten aufgerollten) Mullbinde auf den eingeleimten, noch nicht ganz getrockneten Unterschenkel; die Binde wird auf die Rückseite desselben angesetzt, die Köpfe der Binde kreuzen sich vorne, recht festes Anziehen; Einwickelung mindestens vom Mittelfuss bis zur Wade; über die erste noch eine zweite gleiche Binde; Verband wird je nach der Menge des Secrets nach 2—4 ja 8 Tagen gewechselt. — Wirkung: Dehnung der gesunden Haut, die sich des Leimes wegen nicht zurückziehen kann, zur Geschwürslücke hin; Hautausdünstung durch den Zinkleim nicht gehindert (im Gegensatz zur Heftpflastereinwickelung); rationelle Wundbehandlung möglich. — H. hat nach dieser Methode in allen seinen 25 Fällen (5 Mal Grösse des Geschwürs 15 : 18 Ctm.) definitive Heilung erzielt. Bei grossen, stark eiternden Geschwüren legte er auf den mit 1‰ Sublimatlösung angefeuchteten Jodoformgazebausch ein das Geschwür überragendes Stück Guttaperchapapier, wobei sich das Geschwür rasch reinigte. Verbandwechsel nur alle 8, später 14 Tage; Abnahme des Verbandes in einem Eimer warmen Wassers. — Bei allen Pat. verschwanden rasch sämmtliche Beschwerden; rasche Besserung des Allgemeinbefindens; rasches Vorschreiten der Heilung; sehr wichtig die Arbeitsfähigkeit der meist armen Pat. in diesem Verbande. — Auch in einem Falle von chron. Geschwür des Oberarmes mit gutem Erfolg angewandt. (D. med. Woch. № 17.)

— A. Ott fand in zwei Fällen von *plötzlichem Tod während der Chloroformnarkose* die Anzeichen einer *parenchymatösen Degeneration der Herzganglien;* die Muskulatur des Herzens war unverändert; der eine Fall betraf ein Kind von 3½ Jahren mit Nierencarcinom, der andere eine 24jährige Patientin mit Uterusmyom. Der klinische Befund am Herzen hatte keine Anhaltspuncte gegeben, welche auf eine Veränderung desselben hätten schliessen lassen. (Prag. med. W. № 19.)

— Pauli in Lübeck beschreibt einen Fall von Darmverschliessung, Abknickung des Darmes durch tuberculös entartete mesenteriale Lymphdrüsen. Intra vitam war die Diagnose auf Invagination gestellt worden. (Jahrb. für Kinderh. 1889). Stepp sah einen Darmverschluss durch einen Knäuel von etwa 40—50 in einander verschlungenen Spulwürmern zu Stande kommen.

Vermischtes.

— Zum Oberarzt der Männer-Abtheilung des Obuchow-Hospitals ist der bisherige Oberarzt der Weiber-Abtheilung desselben Hospitals — Dr. Netschajew und an dessen Stelle der bisherige ältere Ordinator — Dr. Kernig gewählt worden.



XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,

St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift“ erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

☞ **Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate** ☜ bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 24 St. Petersburg, 16. (28.) Juni **1890**

Ein Fall von Influenza mit Pleuropneumonie und doppelseitiger Iridochorioiditis embolica.

Aus der St. Petersb. Augenheilanstalt (Dr. v. Schröder's Abthlg.).

Von

Dr. Alexander Natanson.

Während der letzten Influenza-Epidemie sind unter den Complicationen und Nachkrankheiten vielfach Augenaffectionen verschiedenster Art beschrieben worden, welche theils als Functionsstörungen, theils als materielle Organveränderungen auftraten und im Allgemeinen einen gutartigen Verlauf nahmen. Letzteres gilt auch für die übrigens in einer relativ sehr geringen Anzahl von Fällen beobachteten Entzündungen des Uvealtractus; eine Ausnahme machen jedoch die 2 Fälle von Hirschmann[1]) und Eversbusch[2]), in denen sich am 2., beziehungsweise 9. Krankheitstage eitrige Chorioiditis mit Ausgang in Panophthalmitis und Perforation der Sclera ausbildete; in beiden Beobachtungen war nur je ein Auge betroffen. In dem nachstehend mitgetheilten Falle hat die Erkrankung des Uvealtractus noch verhängnissvollere Consequenzen gehabt, indem sie beide Augen ergriff und zu doppelseitiger Erblindung des Patienten führte. Ausserdem zeichnet sich derselbe vor den oben angeführten dadurch aus, dass das Sehorgan bedeutend später in Mitleidenschaft gezogen wurde.

Sergej Tuchkorew, Bauer aus dem Jamburg'schen Kreise des Gouv. St. Petersburg, 51 a. n., hat, seiner eigenen Aussage gemäss, im November vorigen Jahres, gleichzeitig mit zahlreichen Einwohnern seines Heimathsdorfes, ein Influenzafieber von 8-tägiger Dauer überstanden. In der That hatte zur Zeit die Epidemie in St. Petersburg und den benachbarten Ortschaften den Höhepunct ihrer Ausbreitung erreicht und stimmt auch die Beschreibung der Krankheitssymptome seitens des recht intelligenten Patienten mit dem bekannten typischen Bilde überein: allgemeine Abgeschlagenheit, hohes Fieber, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen; einen Ausschlag oder Durchfälle hat er nicht gehabt. Zu Ende der Krankheitswoche gesellte sich Husten hinzu, welcher zunächst leicht war, in der Folge aber an Intensität zunahm; der Auswurf war schleimig, nie blutig tingirt resp. übelriechend. Auch nach Ablauf des Fiebers hat Pat. sich nicht recht erholen können. In der dritten Januarwoche dieses Jahres stellte sich plötzlich, unter Schüttelfrösten, hohes Fieber ein mit heftigen Stichen in der rechten Seite der Brust und allgemeinem Kräfteverfall und sah sich Pat. gezwungen, in das benachbarte Landschaftshospital einzutreten, woselbst er ca. 5 Wochen verblieb. Unter stetigem Fortdauern des Fiebers und der Seitenstiche litt Pat. an hochgradiger Athemnoth und musste beständig die Seitenlage auf der erkrankten Brusthälfte einhalten, da jede Lageveränderung die Athembeschwerden steigerte. Das Sputum war auch jetzt von schleimiger Beschaffenheit, ohne abnorme Färbung oder Blutbeimengung und nicht foetid. Oedeme oder Störungen in der Harnausscheidung waren nicht vorhanden. In den ersten Tagen des Märzmonats (am 4. oder 5.) bemerkte Pat. zuerst eine Sehstörung (Schleier vor den Augen, Mouches volantes), den 6. März ist Abends das linke Auge plötzlich erblindet, und zugleich rechts das Sehvermögen stark gesunken; am nächsten Morgen hat er mit dem rechten Auge nur den Schein der Lichtflamme unterscheiden können, nach mehreren Stunden ist auch hier jede Spur von Lichtempfindung erloschen. Schmerzen sollen zur Zeit nicht bestanden haben, dagegen Schwellung und leichte Protrusion beider Augen. Erst nach Ablauf einiger Tage sind Schmerzen hinzugetreten, welche nunmehr dauernd, mit Remissionen und Exacerbationen bald auf dem einen, bald auf dem anderen Auge fortbestehen. Auch die Athemnoth und der quälende Husten haben nur wenig nachgelassen. Im April begab sich Pat. nach Petersburg, um in der Residenz für sein auf dem Lande nicht behandeltes Augenleiden Hülfe zu suchen; am 12. April wurde er in die Augenheilanstalt aufgenommen.

Vor seiner ersten Erkrankung im November will Pat. stets gesund gewesen sein; seine Eltern waren nie brustkrank, seine Kinder sind gesund.

Status bei der Aufnahme: Pat. ist von grossem Wuchse und kräftigem Knochenbau; Ernährungszustand schlecht, Hautdecken blassgelb, nirgends Oedeme, Petechien oder ausgesprochene cyanotische Färbung. Temperatur normal (M. 36,9°, Ab. 37,3°). Es besteht Dyspnoe (28—32 Athembewegungen pro 1 Min.), starke Einziehung des Jugulum und der Supraclaviculargruben; die auxiliären Muskeln (Sternocleidomast., Scalenus) treten stark in Action. Die rechte Thoraxhälfte bleibt, insbesondere unten, bei den Respirationsbewegungen sichtlich hinter der linken zurück. In der Rückenlage nimmt die Dyspnoe zu. Bei der Palpation des Thorax macht sich rechts eine grössere Resistenz geltend; daselbst ist der Pectoralfremitus bedeutend abgeschwächt. Ueber der rechten Lungenspitze und in der rechten Infraclaviculargrube normaler sonorer Lungenschall, weiter nach unten erscheint derselbe tympanitisch; daran schliesst sich eine Dämpfung, die continuirlich in die Leberdämpfung übergeht. Ihre oberen Grenzen sind: in der Parasternal- und Mammillarlinie — IV. R., in der vorderen Axillarlinie — V. R., in der mittleren — VI. R., in der hinteren — VII. R.; hinten steigt die Dämpfungsgrenze in nach aufwärts concavem Bogen auf, um am Dornfortsatz des V. Brustwirbels zu enden. Die Grenzen der linken Lunge sind oben: 4 Ctm. über dem Schlüsselbein resp. Vertebra prominens, unten: Parasternallinie — VI. R., Mammillarlinie — VIII. R., Axillarlinie — IX. R., Scapularlinie — X. R., an der Wirbelsäule — XI. R.

[1]) Angeführt bei Kusnezow und Hermann: Die Influenza, historisch-klinische Monographie. Charkow 1890 (russ.).

[2]) Münchener med. Wochenschr. 1890, № 6 und 7.

Bei der Auscultation erscheint rechts das Athmungsgeräusch im Bereiche der Dämpfung sehr abgeschwächt, unten hinten und seitlich — schwaches Reibegeräusch auf der Höhe des Inspirium. Ueber den oberen Partien der rechten Lunge — Vesiculärathmen. Links ist das Athmungsgeräusch durchweg verschärft vesiculär.

Der Husten ist recht häufig, die Expectoration erschwert. Sputum von zäher Consistenz, schleimig-eitrig, völlig geruchlos. Bei der mikroskopischen Untersuchung lassen sich weder Tuberkelbacillen, noch elastische Fasern nachweisen.

Herzstoss nicht sichtbar, schwach, im VI. I R., $^1/_2$ Ctm. nach innen von der Mammillarlinie, Herzdämpfung sehr klein, obere Grenze VI. R., rechts Sternalrand, links $^1/_2$ Ctm. einwärts von der Mammillarlinie. Herztöne rein, 2. Pulmonalton stark accentuirt. Puls 80 pro 1 Min., schwach, regelmässig. Arteriosclerose (Carotis, Temporalis, Brachialis).

Die untere Grenze der Leberdämpfung steht 1,5 Ctm. tiefer als in der Norm. Am Verdauungsapparat nichts Abnormes. Appetit gut, Stuhl regelmässig. Die Milz lässt sich nicht palpiren.

Harnmenge normal, im Harn keine pathologischen Bestandtheile (Eiweiss, Zucker) nachzuweisen.

Der Befund an den Augen ist beiderseits der gleiche: Mässige Chemose der Conjunctiva, mässige Injection der vorderen Ciliargefässe; Hornhaut völlig klar; Vorderkammer völlig aufgehoben. Iris von schmutzig-grünlicher Farbe und atrophischem Ansehen, etwas getrübt; Pupille mittelweit, unbeweglich, Pupillarrand durch einen Kranz von punctförmigen, bräunlich pigmentirten Synechien mit der Linsenkapsel verwachsen. Linse stark vorgedrängt, klar, von hell goldgelber Farbe. Mit dem Ophthalmoskop erhält man nur einen gelblichen Reflex aus der Tiefe, Fundus nicht sichtbar. T — 1. Starke Druckempfindlichkeit, namentlich oben, rechts stärker als links. V = 0 beiderseits.

Im Laufe der weiteren Beobachtung, die sich auf ca. 5 Wochen erstreckt, traten keine nennenswerthen Veränderungen ein. Die Temperatur war normal, mit Ausnahme dreier Tage (Ende April), an denen Temperatursteigerungen von irregulärem Typus (bis 38,9°) stattfanden. Zu gleicher Zeit nahm die Dyspnoe zu und vermochte Pat. im Laufe einer Woche nur in sitzender Stellung zu schlafen. Bei der Entlassung (20. Mai) bot der objective Befund im Wesentlichen keine Abweichung von dem oben geschilderten Status. Die Behandlung war rein symptomatisch (Antipyretica, Narkotica, Expectorantien).

Die einzige Veränderung, die sich an den Augen geltend machte, bezieht sich auf Farbe und Durchsichtigkeit der Linse. Etwa eine Woche vor Entlassung des Pat. wurde zuerst eine leichte Trübung der Linse bemerkt und ging allmälig die goldgelbe Färbung derselben in eine mehr weissliche über. Die Augen wurden beständig unter feuchtwarmen Compressen gehalten; die in Form von Lanolinsalben 2 Mal täglich verabreichten Mydriatica (Hyoscin, Atropin) waren wirkungslos. Vom 30. April ab kam Pyoktanin zur Anwendung (4 Mal täglich Einträufelung einer 1 : 1000 Lösung von Pyoktaninum coeruleum), welches allerdings die Bindehaut färbte, jedoch nicht die Iris, was wohl auf das Aufgehobensein der Kammern und die Verödung der Lymphbahnen im Auge zu beziehen wäre. Der Druckschmerz war häufigem Wechsel unterworfen. Zunächst verlor das linke Auge die Druckempfindlichkeit (26. April), hierauf auch das rechte (28. April); 2 Tage lang waren beide schmerzfrei, am 30. April traten links Schmerzen auf, mehrere Tage später auch rechts. Nach einem freien Intervall von 3 Tagen, in der zweiten Maiwoche, kehrten die Schmerzen wieder und waren bei Entlassung des Pat. noch vorhanden.

Fassen wir den Krankheitsbericht kurz zusammen, so ergiebt sich, dass im Verlaufe einer aus der Influenza hervorgegangenen Pneumonie mit nachfolgender Betheiligung der Pleura eine Entzündung des Uvealtractus beiderseits aufgetreten ist, welche einen rapiden und malignen Verlauf nahm, indem sie in kaum 2—3 Tagen zu doppelseitiger Erblindung führte. Ein derartiger Vorgang trägt unzweifelhaft das Gepräge der Embolie und sind wir wohl berechtigt eine solche in der Chorioidea anzunehmen. Wenn wir erwägen, dass Flockensehen und Umnebelung des Gesichtsfeldes (offenbar durch Glaskörpertrübungen bedingt) die Scene eröffnet haben und erst nach mehreren Tagen Schmerzen hinzugetreten sind, so hat sich gewiss der Entzündungsprocess zunächst in der Aderhaut abgespielt und von derselben aus secundär den Ciliarkörper und die Iris in Mitleidenschaft gezogen. Auch Eversbusch betont rücksichtlich des von ihm beschriebenen, gleichfalls mit Pneumonie complicirten Falles die Wahrscheinlichkeit einer embolischen Verschleppung des Krankheitserregers in das Gefässsystem der Uvea, doch gestaltet sich in demselben die Erklärung des causalen Zusammenhanges mit der Influenza viel leichter, als in dem unsrigen: die Affection des Auges liegt zeitlich der Primärerkrankung bedeutend näher (9 Tage gegen ca. 4 Monate). Ausserdem gewinnt in seiner Beobachtung die Annahme einer Embolie durch das gleichzeitige Vorhandensein eines auf Verschleppung von Krankheitserregern hindeutenden Vorganges an einer anderen Körperstelle (rasch um sich greifende Ulceration am Fuss) eine wesentliche Stütze. Doch lässt sich auch für unseren Fall eine ähnliche Verknüpfung nicht von der Hand weisen. Stellt man hier die erkrankte Lunge als Ausgangspunct der Embolie hin, welche Annahme wohl am meisten gerechtfertigt erscheinen dürfte, so ist damit die Beziehung der Complication an den Augen zur Grundkrankheit hergestellt. Es ist vielfach die Natur der das Krankheitsbild der Influenza complicirenden pneumonischen Processe discutirt worden, jedoch haben sich schliesslich Autoritäten (Leyden, Kundrat) für den directen Zusammenhang derselben ausgesprochen. In dieser «Influenza-Pneumonie» ist mithin das Bindeglied zwischen dem Grundleiden und der zeitlich entfernten oculären Affection gegeben. Ferner fallen auch die so zahlreich bei der Influenza erhobenen bacteriologischen Befunde stark in's Gewicht; durch den Nachweis entzündungs- und eiterungserregender Mikroorganismen in verschieden localisirten Herden, so auch in der Lunge (Streptokokken und Staphylokokken) und im panophthalmitischen Eiter (Eversbusch: Staphylokokken) ist für das Verständniss der in Rede stehenden embolischen Vorgänge eine sichere Basis gewonnen.

Es ist bereits von Eversbusch betont worden, dass selbst die Annahme einer direct durch die Influenza bedingten, im Auge localisirten metastatischen Erkrankung nichts Erzwungenes habe. In der That sind es nur wenige Gefässgebiete, die bei der letzten Epidemie von Entzündung und Eiterung verschont geblieben. Aus der grossen einschlägigen Literatur seien beispielsweise folgende Localisationen angeführt: Meningen, Gehirn, Ohr, Augenlider, Nebenhöhlen der Nase, Herzfleisch, Lunge, Pleura, Niere, Milz, Schilddrüse, Tenon'sche Kapsel, Knochenmark etc. An der bacteriellen Natur dieser Entzündungen wird heutzutage kaum Jemand zweifeln. Weshalb sollte das Gefässsystem des Auges, insbesondere das mächtig entwickelte Capillarennetz der Chorioidea eine Ausnahme machen? Im Gegentheil dürfte die Gefässanordnung in der Chorioidea das Haftenbleiben eingeschwemmter Entzündungserreger besonders begünstigen.

Stellen wir unseren Fall den von Adler[1]), Eversbusch und Hirschmann beobachteten Uvealerkrankungen an die Seite, so ergiebt sich, trotz der geringen Anzahl derselben, eine grosse Differenz in der In- und Extensität des Processes in den einzelnen Fällen. Man findet hier die verschiedensten Formen vertreten: Hyperämie der Iris, Iritis ohne Betheiligung der anderen Abschnitte der Uvea, Chorioiditis (serosa, plastica, purulenta) mit und ohne Uebergreifen auf Corpus ciliare und Iris. Dieser Charakter der im Gefolge der Influenza auftretenden Affection der Uvea lässt eine Analogie mit den entsprechenden Folgezuständen der Febris recurrens durchaus nicht verkennen. Aus den Schilderungen zahlreicher Autoren (Blessig, Estlander, Logetschnikow, Peltzer, Trompetter, Ljubinski, v. Schröder) ist ja das vielgestaltige klinische Bild der Chorioiditis post febrim recurrentem zur Genüge bekannt. Ein zweiter Umstand, in dem diese Aehnlichkeit eclatant hervortritt, ist in dem zeitlichen Moment enthalten. Bekanntlich ist der Termin, in dem sich die oculäre Complication bei Recurrens zeigt, ein sehr variabler: einige Tage bis mehrere Monate nach dem Fieberanfall; das Gleiche findet man auch bei Influenza und sind speciell für die letzte Epidemie durch den Hirschmann'schen Fall (2. Tag) und den unsrigen (4. Monat) die Extreme angegeben.

[1]) Wiener med. Wochenschr. 1890, № 4.

Ein Beitrag zur Casuistik des Ileus paralyticus.

Vortrag, gehalten im deutschen ärztlichen Verein zu St. Petersburg

von
Dr. C. Frankenhäuser.

Das Interesse der Aerzte hat sich in den letzten Jahren in hervorragender Weise dem Studium des Ileus zugewandt, besonders nachdem, gestützt auf die Erfolge der modernen Chirurgie bei einer grossen Anzahl intraabdominaler Erkrankungen, auch die Behandlung des Ileus in vielen Fällen eine chirurgische geworden. Es sind ja auch einzelne Stimmen laut geworden, die beim Ileus an Stelle der oft mühsamen und häufig unsicheren klinischen Diagnose die Probelaparotomie setzen wollen und durch diese mit einem Schlage die ganze Sachlage klarzulegen hoffen. Es hat sich aber erwiesen, dass die erfolgreiche chirurgische Behandlung des Ileus im höchsten Grade abhängig ist von der richtigen Erkenntniss des Sitzes und der Art des Darmverschlusses, ja vielleicht in noch höherem Maasse als die interne Behandlung. — Leider sind wir auch jetzt, trotz Vervollkommnung der physikalischen Untersuchungsmethoden und der diagnostischen Hilfsmittel sehr häufig ausser Stande eine genaue Diagnose zu stellen, und besonders ist es häufig unmöglich die Art des Verschlusses beim Ileus zu erkennen. — Ohne genauere Diagnose dürfte aber wohl nur in sehr wenigen Fällen ein chirurgischer Eingriff gestattet sein und die Probelaparotomie beim Ileus deswegen auch nur selten indicirt sein. — Nur genaue klinische und anatomische Beobachtungen können uns über die noch zahlreichen dunkeln Puncte in der Ileusfrage aufklären, unsere Diagnose sicherer und unsere Therapie erfolgreicher machen.

Ich möchte hier einen Beitrag zur Casuistik des Ileus liefern, durch Mittheilung eines Falles von Ileus, der der genaueren Diagnose unüberwindliche Schwierigkeiten bot und bei dem man durch die Probelaparotomie, wenn sie vorgenommen worden wäre, gar keine Anhaltspuncte für eine genauere Diagnose gewonnen hätte.

Am 24. März 1890 wurde die unverehelichte A. P., 23 Jahre alt, in das evangelische Hospital aufgenommen. Pat. ist benommen und in ihren Angaben deswegen nicht ganz zuverlässig. Die Kranke soll an habitueller Stuhlverstopfung schon seit sehr langer Zeit gelitten haben. In den letzten zwei Wochen haben sich Schmerzen im Leibe, allgemeines Unwohlsein, sehr schlechter Appetit und starker Durst eingestellt. In der ersten Woche der Krankheit soll Stuhl nach Abführmitteln erfolgt sein, in der zweiten Woche, oder, wie die Kranke später angab, seit 4 Tagen soll kein Stuhl gewesen sein und hat sich in dieser Zeit auch Erbrechen eingestellt und die Schmerzen, welche anfangs mehr im Epigastrium und im l. Hypochondrium localisirt waren, haben sich auf die ganze Oberbauchgegend ausgebreitet. Das Erbrechen und die Schmerzen sind in den letzten Tagen immer heftiger geworden. Das Erbrochene ist, nach Angabe der Kranken, meist dunkel und von üblem Geruch gewesen. Die Kräfte sollen rasch abgenommen haben. Die Kranke ist ziemlich gut genährt. Hautfarbe blass, etwas schmutzig; die Schleimhäute haben leicht cyanotische Färbung. Die Extremitäten kühl und feucht. Puls klein, kaum fühlbar, beschleunigt. Athmung oberflächlich, beschleunigt. Die Kranke klagt über Schwäche, Beklemmungen und über heftige Schmerzen im Leibe, am heftigsten im Epigastrium und im l. Hypochondrium, sowie über Uebelkeit und über Erbrechen nach Nahrungs- oder Flüssigkeitsaufnahme. Die Zunge trocken, dick belegt, bräunlich gefärbt. Der Leib nur mässig aufgetrieben, stärker in seinem oberen als im unteren Theile. Die Druckempfindlichkeit des Leibes sehr bedeutend, am stärksten um den Nabel herum und nach links von demselben. Bei der Palpation fühlt man in der linken Hälfte des Leibes, bis etwas über die Mittellinie nach rechts hinüber, deutlich vermehrte Resistenz und bei der Percussion erweist sich hier der Percussionsschall etwas gedämpft. Die vermehrte Resistenz beschränkt sich nur auf den oberen Theil des Bauches. Die Bruchpforten sind alle frei. Die Kranke erbricht häufig, meist dunkle oder grünliche, übelriechende Massen. Das Erbrochene hat nicht faecalen, sondern einen fauligen, etwas ammoniakalischen, faden Geruch. Bei der Aufnahme ist die Temp. 38°, am Abend 37,9°. **Therapie:** Tinct. Opii, — Morph. mur. subcutan., Eis auf den Leib, Darmspülungen, — Campher, Champagner.

25. März. Nach Morphiuminjection hat die Kranke in der Nacht etwas Ruhe gehabt. Temp. 38°. Im Laufe der Nacht 18 Mal Erbrechen. Spülungen sind ganz erfolglos geweeen. Das Erbrochene verschieden gefärbt, immer übelriechend, soll einmal faecalen Geruch gehabt haben. Die Zunge unverändert, trocken und belegt. — Der Puls kaum fühlbar, beschleunigt. Leib stärker aufgetrieben, sehr druckempfindlich. Bei der Palpation fühlt man in der linken Hälfte des Leibes ganz deutlich stark aufgetriebene und scheinbar gefüllte Dünndarmschlingen. — Am Abend ist Pat. pulslos, ganz entkräftet. Erbrechen dauert fort. Spülungen erfolglos. Sensorium stark benommen. Die Rosenbach'sche Reaction fällt positiv aus.

26. März. Am Morgen um 6 Uhr nach einer sehr unruhigen Nacht ist die Kranke gestorben. Von der Ausspülung des Magens wurde abgesehen, weil die Kranke so sehr geschwächt war, und aus demselben Grunde auch garnicht an Laparotomie gedacht. Auf den oben beschriebenen Befund hin musste eine Darmocclusion angenommen werden und zwar musste der Verschluss in den oberen Theil des Dünndarmes verlegt werden, weil die Auftreibung des Leibes keine sehr bedeutende war, weil das Erbrechen sehr heftig und gleich nach Flüssigkeitsaufnahme erfolgte und weil das Erbrochene nicht faecal war, sondern den eigenthümlich etwas ammoniakalischen, fauligen Geruch hatte, der für das Erbrochene charakteristich zu sein scheint bei Verschluss hoch oben im Düundarm. Welcher Art der Verschluss des Darmes war, darüber konnte ich mir keine Vorstellung machen, weil alle Anhaltspuncte für eine genauere Diagnose fehlten. Ich war deswegen sehr gespannt auf die Ergebnisse der Section, welche ich am Morgen des 27. März machen wollte.

Section am 27. März 90. — Etwas abgemagerte Leiche. — Todtenstarre schwach entwickelt. Die Lungen collabiren bei Eröffnung des Thorax nur wenig, sind durch zahlreiche Adhäsionen an die Pleura costalis geheftet. Die Lungen sind lufthaltig, mässig ödematös. In den abhängigen Theilen der Lungen starke Hypostasen, besonders in der l. Lunge. In den Pleurahöhlen wenig Serum.

Im Herzbeutel etwa eine Unze ziemlich dunkel-braunes Serum. Das Herz gross, stark mit dunklem, flüssigem und schwachgeronnenem Blute gefüllt. Die Muskulatur des Herzens von mittlerer Stärke und von etwas dunkler Farbe. Die Klappenapparate sowohl des rechten als des linken Herzens normal. Im Anfangstheil der Aorta, um die Coronararterien herum, recht starke, aber nicht ausgedehnte Endarteritis — weiter hin in der Aorta nichts Abweichendes.

Der Leib nur mässig aufgetrieben. Bei Eröffnung der Bauchhöhle entleert sich aus derselben recht reichlich eine bräunliche blutige Flüssigkeit (Bruchwasser-ähnlich).

Das grosse Netz ist mit einem Zipfel an der l. Seitenwand des Bauches in bedeutender Ausdehnung verwachsen und mit einem anderen am l. Winkel des Uterus, in der Nähe des Abganges der l. Tube angeheftet.

Die Organe der Bauchhöhle sind im Ganzen normal gelagert.

Die Dünndärme im Allgemeinen mässig durch Gase aufgebläht, nur die 3—4 ersten Jejunum-Schlingen sind sehr stark gebläht, dunkel-braunroth gefärbt. Die Wandungen dieser Darmschlingen sind sehr stark verdickt, viel derber als normal, ihre Serosa ist leicht getrübt. Auch diese Schlingen sind normal gelagert, nebeneinander, gleich unter dem Colon transv. Die Serosa der übrigen Därme spiegelt und zeigt nur mässige Stauungserscheinungen. Am Uebergange des Duodenum in das Jejunum und zwischen der 4. und 5. Jejunum-Schlinge grenzt sich die stark veränderte Darmpartie recht scharf gegen fast normale Darmtheile ab. Die veränderten Darmschlingen sind weder gedreht, noch irgend wie abgeklemmt oder geknickt. Das Mesenterium dieser Darmschlingen ist ebenso verändert wie die Darmschlingen selbst, d. h. sehr stark verdickt und dunkel braunroth gefärbt.

Die Milz, mit dem Netz und mit der seitlichen Bauchwand verwachsen, ist sehr gross (etwa 3 Mal so gross, wie normal), derb. — Die Oberfläche der Milz ist glatt, dunkel gefärbt; die Kapsel gespannt. Auf dem Durchschnitt erscheint das Milzgewebe in der Nähe des Hilus blutleer, derb und blass. Die ganze Peripherie der Milz bildet einen riesigen Infarct, der an manchen Stellen fast 3 Ctm. dick ist. Ueberall im Milzgewebe bemerkt man thrombosirte Venen, mit dunklen, ziemlich derben Thromben. Auch die Vena splenica ist vollständig durch einen dunklen, an der Wand leicht adhärenten Thrombus ausgefüllt. Die Venenwand ist nicht wesentlich verändert, vielleicht spiegelt die Intima etwas weniger als normal. An der Stelle, wo die Vena splenica mit der Vena mesenterica sup. zur Vena portae zusammenfliesst, adhärirt der Thrombus sehr fest an der Wand und ist in seinem Centrum zum Theil entfärbt. Die Aeste der Vena mesenterica sup., welche zu den obersten Jejunum-Schlingen gehen, sind ebenfalls mit dunklen Thromben gefüllt, die im Ganzen nicht fest an der Venenwand adhäriren, — sich aber bis in die Darmwand hinein verfolgen lassen. Die übrigen Aeste der Vena mesenterica sup. sind durchgängig und enthalten nur postmortale Gerinnsel. — Die Mesenterialdrüsen im Gebiete der thrombosirten Venen sind dunkelroth gefärbt und recht stark geschwellt. Der Stamm der Pfortader wird von einem weniger als kleinfingerdicken, dunklen, der Venenwand recht fest adhärirenden Thrombus eingenommen. Die Thromben setzen sich auch in die Leberäste der Pfortader fort. In keinem der thrombosirten Gefässe ist eine



starke Veränderung der Intima der Venen nachzuweisen. Die in die Vena splenica mündenden Venen des Pankreas sind ebenfalls thrombosirt. Das Pankreas selbst zeigt ausser Stauungserscheinungen nichts Bemerkenswerthes. Die Milz- und Mesenterial-Arterien bieten nichts Bemerkenswerthes, sind leer und durchgängig.

Die Venen des Magens und des Duodenum sind frei. Das Zellgewebe um die Vena portae ist stark entwickelt, sehr derb, schwielig, nicht phlegmonös infiltrirt. Die Vene lässt sich nur schwer aus diesem schwieligen Gewebe herausschälen. Der Magen, durch Gase recht stark ausgedehnt, enthält viel grünlichbraune, übelriechende Flüssigkeit. Das Duodenum ist auch ausgedehnt und enthält dieselbe Flüssigkeit, wie der Magen.

Die obersten Schlingen des Jejunum, die schon oben beschrieben wurden, enthalten einen dünnen, schmutzig-blutigen, übelriechenden Inhalt. Die Darmwand ist sehr stark verdickt. Die Schleimhaut zum Theil gallertig infiltrirt, dunkel-braunroth gefärbt, von Hämorrhagien durchsetzt, ebenso auch die anderen Schichten der Darmwand. Das Epithel der Darmschleimhaut ist hier in ziemlich grosser Ausdehnung, besonders auf den Falten nekrotisirt. Weiter nach unten, sowohl im Jejunum und im Ileum, als auch, obwohl weniger im Colon, zeigt die Schleimhaut nur Stauungserscheinungen, aber sonst keine Veränderungen.

Die Leber klein und schlaff. — Die Oberfläche der Leber glatt, gelblich-grau gefärbt. Auf dem Durchschnitt ist die Leber blutleer, gelblich-grau, zeigt keine deutliche Läppchenzeichnung. Das Bindegewebe der Leber nicht vermehrt. — In der Gallenblase recht viel dunkle Galle. Nieren mittelgross, ziemlich derb, mässig blutreich.

Der Uterus ziemlich gross; enthält etwas schmutzig gefärbten Schleim. Die Tuben nach hinten umgeschlagen, mit der hinteren Uterusfläche verwachsen, enthalten ebenfalls bräunlichen Schleim.

Das linke Ovarium leicht cystisch degenerirt.

Bei der Section konnte keine Occlusion oder Verengerung des Darmes nachgewiesen werden, trotzdem fand man einige Jejunum-Schlingen etwa in demselben Zustande, wie sie sich gewöhnlich nach länger dauernder Einklemmung präsentiren, nur fehlte an den Uebergangsstellen von den veränderten zu den mehr normalen Därmen jede Spur eines Einklemmungsringes oder einer Schnürfurche. — Ausserdem wurde bei der Section eine Thrombose der Pfortader, der Vena splenica und eines Hauptastes der Vena mesenterica sup. mit allen zu diesem Ast gehörenden Verzweigungen nachgewiesen. Die Thrombose der Venen ist wohl unzweifelhaft als Ursache des Ileus zu betrachten, dieselbe hat zu sehr bedeutenden Störungen, wenn nicht zur vollständigen Unterbrechung der Circulation in dem von diesen Venen versorgten Theil des Jejunum geführt, dadurch Exsudation und Extravasation in die Darmwand und in das Mesenterium bewirkt und die Paralyse der nicht ernährten Darmtheile bedingt. Dass der Vorgang nicht ein umgekehrter gewesen und zuerst eine Darmaffection aufgetreten ist, an welche sich dann die Thrombose der Venen angeschlossen hat, wird, glaube ich, dadurch bewiesen, dass die ältesten Thromben sich nicht in der Darmwand oder in den Mesenterialvenen befanden, sondern im Anfangstheil der Pfortader, wo die Thromben am festesten an der Venenwand adhärirten. — Die mikroskopische Untersuchung hat ferner weder in den Venen der Darmwand noch in dem Thrombus der Pfortader Mikroorganismen nachweisen können, welche, wenn die Thrombose durch Infection vom Darm aus verursacht worden wäre, gewiss nicht in den Thromben gefehlt hätten. Die Nekrose des Darmepithels kann vollständig gut erklärt werden durch die schwere Circulationsstörung und durch die Einwirkung des stagnirenden faulenden Darminhalts.

Die Lähmung eines mehr als meterlangen Darmstückes musste die Fortbewegung der Darmcontenta verhindern und die Erscheinungen der Darmocclusion hervorrufen. Die aufgenommenen Speisen häuften sich in dem gelähmten Darmtheil an, so lange bis derselbe gefüllt war und der Inhalt wieder durch das Duodenum in den Magen zurückfloss und durch Erbrechen aus diesem letzteren entleert wurde. Eine Art von Gassperre mag noch besonders die Fortbewegung der Contenta erschwert haben, denn die stark infiltrirten und gefüllten, kranken Darmschlingen mussten sich in der Rückenlage, die die Kranke meist einhielt, tiefer lagern als die mit Gasen mässig gefüllten gesunden Darmschlingen und es musste daher der Darminhalt, um aus den gelähmten Darmschlingen in die gesunden zu gelangen, hinauf getrieben werden, wodurch natürlich die Fortbewegung desselben bedeutend erschwert wurde. Ich glaube übrigens, dass wir garnicht die Gassperre zu Hilfe zu nehmen brauchen, um uns das Zustandekommen des Ileus zu erklären; die Lähmung einer längeren Darmstrecke genügt vollständig, um den betreffenden Symptomencomplex hervorzubringen. Derartige Fälle von paralytischem Ileus in Folge von Thrombose der Mesenterialarterien oder -venen sind mir nicht aus der Literatur bekannt; wohl sind aber Fälle beschrieben, in welchen es in Folge von Embolie und Thrombose der Mesenterialarterien zu hämorrhagischen Infarcten und zu Nekrose der Darmwand gekommen ist, sowie zu starken Darmblutungen.

Schon im Jahre 1875 hatte Litten bei Hunden experimentell nachgewiesen, dass die Arteria mesenterica sup. sich wie eine Endarterie verhält, obgleich sie zahlreiche Anastomosen hat, und erklärt diese Erscheinung dadurch, dass der Darm nur kurze Zeit, etwa 2 Stunden, eine Unterbrechung der Circulation verträgt, und dass die Wiederherstellung der Circulation durch die collateralen Bahnen, nach Unterbindung der Arteria mesenterica sup., im Darm recht langsam vor sich geht und erst etwa in 14 Stunden zu Stande kommt. Für die Mesenterialvenen sind mir derartige Experimente nicht bekannt, aber ich nehme nicht Anstand dieselben Verhältnisse auch für die Thrombose der Venen gelten zu lassen.

Die eben erwähnten Experimente von Litten möchte ich auch als Stütze für meine Auffassung benutzen, dass die Thrombose der Venen die Ursache der Ileuserscheinungen in dem hier mitgetheilten Falle gewesen ist. — Woher ist aber die Thrombose der Pfortader und der Vena mesenterica zu Stande gekommen? Ich glaube, wir können im Sectionsprotokoll Anhaltspuncte finden, um die Entstehung dieser Thrombosen zu erklären: Im Sectionsprotokoll sind zahlreiche Verwachsungen der Bauchorgane angeführt, die ohne Frage auf abgelaufene locale Peritonitiden deuten; ausserdem finden wir dort eine Veränderung des Lig. hepatico-duodenale beschrieben (dasselbe ist derb, schwielig, fast narbig und mit der Pfortaderwand so innig verbunden, dass das Gefäss nur schwer aus diesem Zellgewebe herausgeschält werden konnte), die ich auch auf peritonitische Processe, die früher gespielt haben, zurückführen möchte. Die Entzündungsprocesse am Bauchfell sind auf das Gewebe des Lig. hepatico-duodenale übergegangen, haben zu einer chronischen Periphlebitis portalis geführt, die dann auf die Wandung der Pfortader übergegriffen und schliesslich die Thrombose des Gefässes verursacht hat. — So scheint es mir, kann man ohne Zwang nach dem anatomischen Befunde die Entstehung der Thromben erklären. Von der Pfortader aus hat sich dann die Thrombose weiter in die Vena splenica fortgesetzt und den riesigen Infarct der Milz verursacht, und nach der anderen Richtung hin in einen der Hauptäste der Vena mesenteria sup. und dadurch, wie schon früher dargelegt worden, den tödtlich verlaufenden Ileus bedingt.

Nachtrag.

Nachdem ich schon meinen Vortrag zum Druck abgegeben hatte, wurde ich auf eine Mittheilung von M'Carthy in № 12 p. 646 des «Lancet» vom J. 90 aufmerksam gemacht:

M'Carthy berichtet über einen Ileusfall, der am 6. Krankheitstage in's „London hospital" aufgenommen worden war, bei dem man die Laparotomie machte, eine Perforation im unteren Theile des stark veränderten Ileum fand und Thromben in einigen Aesten der Arteria mesenterica sup., die diesen Theil des Ileum versorgten, bemerkte. 10 Stunden nach der Laparotomie starb der Kranke. Bei der Section wurde sehr ausgedehnte Atheromatosis der Aorta und zahlreiche atheromatöse Geschwüre in derselben, — ferner Embolie und Thrombose mehrerer Aeste der Arteria mesen-



terica sup. nachgewiesen. M'Carthy erklärt die Ileuserscheinungen ebenfalls durch die Paralyse des, in Folge der Embolie der Aeste der Arteria mesenterica sup., nicht ernährten Stückes des Ileum. Die Emboli stammten aus der atheromatös degenerirten Aorta. — M'Carthy's Fall hat mit meinem grosse Aehnlichkeit, nur war in seinem Fall die Arteria mesenterica betroffen, in meinem dieselbe Vene.

Ein seltener Fall von Sublimatvergiftung nach Uterusirrigation.

Von

Dr. med. A. Frantzen (St. Petersburg).

Am 26. Mai 1890 wurde ich zu einer Wöchnerin, die sich im 12. Tage des Wochenbettes befand, gerufen. Sie klagte über Schmerzen in beiden Seiten des Unterleibes und über periodisch auftretende, zeitweise cessirende stinkende Lochien.

Patientin 24 a. n., Zweitgebärende, hatte am 15. Mai c. einen lebenden Knaben geboren. Während der Geburt soll in der Eröffnungsperiode Wehenschwäche bestanden haben, weswegen die Hebamme bei 1 Finger Eröffnung die Blase sprengte. Hierbei soll sich eine Unmenge von Fruchtwasser entleert haben, worauf die Geburt nach 4 Stunden erfolgte. Die Placenta wurde nach Ablauf von 15 Min. geboren. Die ganze Geburtsdauer belief sich auf 14 St. 55 Min. Bei Besichtigung der Placenta fehlte ein Theil der Eihäute. Die Temperatur war während der Geburt und die nächsten Tage normal.

Vom 2. Tage an begann die Pat. über Schmerzen in beiden Seiten des Unterleibes zu klagen. Am 4. Tage, also am 18. Mai, entleerte sich nach Darreichung von Secale cornut. bei der Scheidenausspülung ein grosses Stück Eihaut.

20. Mai. VI. Tag. Der Uterus stand 3 Finger über der Symphyse, war auf Druck unempfindlich. Lochien serös-blutig mit deutlichem Geruch. Temp. 37,5, P. 70.

21. Mai. VII. Tag. Uterus unempfindlich. Lochien schmutzig bräunlich mit deutlichem Geruch. Temp. 37,6, P. 70.

Am VIII., IX. und X. Tage sollen die Lochien äusserst spärlich gewesen sein und die Hebamme bei Untersuchung per vaginam eine Verdickung und Empfindlichkeit des linken Scheidengewölbes constatirt haben. Temp. 37,8, P. 80

Am XI. Tage entleerte sich während der Nacht eine grosse Menge stinkenden Lochiensecrets. Temp. 37,8, P. 74.

Bis hierzu sind die Daten den Aussagen der Hebamme entnommen.

26. Mai. XII. Tag. An diesem Tage übernahm ich die Behandlung der Wöchnerin. Bei combinirter Untersuchung konnte ich eine stark ausgeprägte Anteflexio und eine ziemliche Empfindlichkeit des Uterus constatiren, besonders der hinteren Wand desselben; der Cervix für den Finger durchgängig. Der untersuchende Finger war mit geringen Mengen stinkenden Lochialsecrets bedeckt.

Nach somit festgestellter Diagnose: *Endometritis septica*, machte ich eine Uterusausspülung mit 2 Esslöffel voll einer 2% Sublimatlösung auf 6½ ℔ Aqua (1 : 3510).

Das anfangs klar abfliessende Wasser trübte sich alsbald und färbte sich blutig. Im Steckbecken, worin es aufgefangen wurde, liessen sich schmutzig bräunliche und weissliche Flocken und 1 Stück Eihaut nachweisen. Nachdem ca. 5 ℔ Wasser durchgelaufen waren, beendete ich die Irrigation.

Es stellte sich, offenbar durch Ausschwemmen eines Thrombus, eine Nachblutung ein, die auf Secale innerlich und Eis auf den Unterleib stand. Die Temperatur gleich nach der Ausspülung war 37,8. Ich verliess die Kranke bei gutem Pulse und Allgemeinzustande mit der Bemerkung, dass ich am 28. Mai wieder vorsprechen würde.

Als ich an diesem Tage kam, hörte ich, dass Pat. am Tage der Ausspülung um 11 Uhr Morgens (2 St. nach der Irrigation) einen Schüttelfrost gehabt mit 40° Temperatur und um 11 Uhr 40 Min. erbrochen habe. Um 12 Uhr Mittags war eine normale Stuhlentleerung erfolgt. Um 1 Uhr M. wieder Erbrechen, um 3 U. unter heftigen Koliken dünner Stuhlgang, um 3 U. 20 M. Erbrechen. Temperatur war um 4 U. N. 38,5, bei einem Pulse von 110, um 6 U. N. 38,3, P. 100, um 8 U. N. 37,4, P. 100. Während der folgenden Nacht waren 10 diarrhoische Stühle unter heftigen Koliken und ebensoviel Mal Erbrechen erfolgt. Der in meiner Abwesenheit hinzugerufene College Dr. Cz... ordinirte eine Compresse auf den Leib, Rothwein und Bismuth. nitric. 0,2, Natri bicarb. 0,15, Meconii 0,015 dreistündlich zu 1 Pulver. Die Temperatur hielt sich an diesem 27. Mai zwischen 37,7 und 38° C., Puls 100 und hat Pat. im Verlaufe des Tages dreimal erbrochen und 4 Stühle gehabt.

In der Nacht vom 27. auf den 28. Mai erfolgten 3 Mal Erbrechen und 4 Stühle.

Am 28. Mai, XIV. Tage fand ich den Unterleib druckempfindlich, namentlich in der Ileocoecalgegend und dem Colon descendens, nicht aufgetrieben. Uterus empfindlich, Lochien serös, ohne Geruch, spärlich. Die Temperatur war um 9 U. M. 37,7, Puls 94, klein. Ich liess die Bismuthpulver weiter brauchen und ordinirte ausserdem Portwein, kalte Milch mit einem Zusatz von Kalkwasser und gegen das Erbrechen Eisstückchen mit Morphii muriatic. 0,1, Aq. amygd. 10,0 zu 10 Tropfen auf ½ Spitzglas Wasser. Bis zum Abend 8 Uhr erfolgten 4 Stühle und 4 Mal Erbrechen, worauf 15 Tropfen Tinct. Opii simpl. per Klysma. Abendtemp. 37,5, Puls 84. In der Nacht erfolgten noch 6 Stühle und ebensoviel Mal Erbrechen.

29. Mai. XV. Tag. Der Allgemeinzustand hat sich gebessert, der Puls ist voller. Temp. Morgens 37,9, P. 84; Abends 37,3, P. 80. Im Verlaufe des Tages 5 Mal Erbrechen und bloss 2 Stühle Pat. klagt über Speichelfluss. Ordinirt dreistündlich Bismuthi nitrici, Natri bicarbonici āā 0,2 ohne Opium.

Die Nacht schlief Pat. ruhig, war bloss 1 Mal zu Stuhl und erbrach nicht mehr.

30. Mai. XVI. Tag. Pat. klagt über Hals- und Zahnschmerzen. Die Untersuchung ergab gerötheten Rachen, geschwellte, beiderseits mit einem weissen Belag bedeckte Tonsillen. Der Leib bedeutend weniger empfindlich. In den Lungen nichts nachweisbar. Temp. 37,4, Puls 75, voll. Athmungsfrequenz 18. Im Verlaufe des Tages 2 Stühle. Ordinirt Kalii chlorici 1 Theelöffel auf 1 Glas Wasser zum Spülen.

31. Mai. XVII. Tag. Allgemeinzustand gut, das Erbrechen hat endgiltig aufgehört. Temp. 37,5, P. 80, voll. Athmungsfr. 18. Die Lungen frei, die Beläge auf den Tonsillen kleiner. Pat. klagt über Schmerzen beim Schlucken und verstopfte Nase. Das Zahnfleisch blutet an einigen Stellen. Uterus druckempfindlich. Ordination: Betupfen der blutenden Stellen mit Lapis in subst., Gurgeln und Spülen der Nase mit einer Lösung von Kalii chlorici. Im Verlaufe des Tages erfolgten 4 Stühle, darunter einer mit einem Stück blutigen Schleimes.

1. Juni. XVIII. Tag. Die Beläge auf den Tonsillen besser, Speichelfluss geringer, das Zahnfleisch blutet nicht mehr. Der Leib etwas aufgetrieben, jedoch nicht besonders empfindlich. Temp. 37,3, Puls 80.

Die Untersuchung der Lungen ergab nichts ausser beiderseits etwas verschärftes Athmen. Am Tage trat 3 Mal Erbrechen ein und erfolgten 4 Stühle, dabei zeigten sich blutig-seröse Lochien in mässiger Quantität. Gegen Abend soll nach Angabe der Umgebung Pat. plötzlich eine Menge blutig-serösen Sputums expectorirt haben, wonach sie eine gewisse Erleichterung gefunden. In der Nacht trat rapider Kräfteverfall ein und unter Collapserscheinungen verschied Pat. am 2. Juni um 9 Uhr Morgens.

Die Section wurde mir verweigert zu meinem grossen Leidwesen, da ich gerne gewusst hätte, ob der Tod nur in Folge der Sublimatvergiftung eingetreten, trotzdem eine entschiedene Abnahme der Vergiftungssymptome vom XV. Tage an zu constatiren, ober ob eine andere Ursache anzusprechen wäre, wie vielleicht ein in die Lunge verschwemmter Thrombus, wofür das Lungenödem spräche, als welches ich die von den Verwandten angegebenen blutig-serösen expectorirten Massen ansehe.

Referate.

F. Plehn: Beitrag zur Lehre von der Malariainfection. (Zeitschrift für Hygiene. VIII. Bd., I. Heft.)

Im Jahre 1880 hat der Franzose Laveran seine Entdeckung mitgetheilt, „dass im Blute Malariakranker, meist in rothe Blutkörperchen eingeschlossen, eigenthümliche bewegliche Organismen „Plasmodien" vorkämen, die mit grösster Wahrscheinlichkeit die Krankheit erzeugten. Eine Reihe italienischer und russischer Forscher bestätigte seitdem diesen Befund. In Deutschland hatten bis jetzt diesbezügliche Untersuchungen negative Resultate. Ganz neuerdings hat Plehn in Berlin an zwei Malariakranken (eine quotidiana und eine tertiana) eine Reihe von Blutuntersuchungen gemacht, die ihn zum unbedingten Anhänger der Laveran'schen Lehre gemacht haben. Bei der Quotidiana zeigten sich in den rothen Blutkörperchen die Plasmodien von durchaus charakteristischem Aussehen und zwar (über die Technik der Untersuchung siehe das Original) in allen ihren Stadien, von den bei 700facher Vergrösserung eben noch sichtbaren hellen Pünctchen bis zu völliger Ausfüllung des das Plasmodium einschliessenden Blutkörperchens; die grösseren waren alle reichlich mit Melaninkörnchen und -stäbchen angefüllt. An der Ortsveränderung dieser Körnchen und Stäbchen erkennt man ganz sicher die lebhafte Eigenbewegung des Plasmodium im Blutkörperchen; aber auch ausserhalb der Blutkörperchen wurden Plasmodien gefunden, die mässig schnelle kreisende Bewegungen selbst 3 Tage nach Entnahme aus dem Organismus unterhielten. Chinin wirkte sehr prompt auf die Plasmodien, nach Einnehmen desselben verschwanden sie vollständig; während des Anfalls vermindern sie sich, um mit der Entfieberung allmälig wieder an Zahl zuzunehmen.

Die Plasmodien auf Gelatine, Agar und Blutserum bei Luftzutritt und -Abschluss zu züchten, gelang *nicht*. Impfversuche auf Thiere sind nicht gemacht.

Plehn hat die Einwände der Gegner der Laveran'schen Lehre alle nachgeprüft und lässt keinen derselben gelten. Die



Plasmodien sind Lebewesen (also keine Kunstproducte), die *nur* bei Malariakranken vorkommen.

Ist diese Thatsache sichergestellt, so wird gegen die ätiologische Bedeutung dieser Organismen für die Malaria kein ernstlicher Einwand erhoben werden können, so wenig wie gegen die der Recurrensspirillen oder die der Cholera- und Typhusbacillen, an deren Bedeutung in unserer Zeit wohl kaum ein Zweifel gehegt wird, obwohl auch für sie die Beweiskette im Sinne der klassischen Koch'schen Forderung nicht als geschlossen erachtet wird. Masing.

Manasse: Terpinhydrat und seine Anwendung beim Keuchhusten. (Therap. Monatsh. III.)

Verf. giebt einen kurzen historischen Ueberblick über dieses, zuerst von Lépine therapeutisch benutzte Mittel und referirt dann über 41 von ihm mit demselben behandelte Fälle von Pertussis. Vor Allem hebt er hervor, dass er bei Kindern nach Tagesgaben von 2,5—3,0 nie eine Einwirkung auf den Harnapparat gesehen habe und berichtet, dass er nach Dosen von 1.5—3,0 pro die (je nach dem Alter des Kindes) bereits nach 4—5 Tagen eine Verminderung, jedenfalls aber ein Leichterwerden der Anfalle gesehen hat, dabei verschwand der fast immer vorhandene Bronchialcatarrh. Das Mittel wurde in Pulverform: Rp. Terpinhydrat 0,5 — 1,0, DS. 3 Mal täglich 1 Pulver, gereicht. Die günstige Wirkung des Terpinhydrats beim Keuchhusten führt Verf. auf dessen, von Colpi (1889. Ref. D. Med. Z.) constatirte ziemlich kräftige antiseptische, resp. antimycotische Wirkung zurück und meint, dass dasselbe hauptsächlich die folgenschwere Bronchienerkrankung hintanhält. Der von G. Sée angegebene Nachweis des Terpinhydrats im Harn (Behandlung von 100 Ccm. mit 40 Ccm. Aether, Abgiessen der überschwimmenden Flüssigkeit, Entfernung des Aethers durch Abdampfen und Giessen eines Tropfens SO_3 den Rand des Gefässes herab, wonach eine prächtige, anfänglich gelbe, dann dunkelrosa Färbung auftritt) ist Vf. erst dann gelungen, wenn er den abgedampften Rückstand noch ein zweites Mal mit Aether durchgeschüttelt und abgedampft. Hinze.

E. Almquist: Neue Erfahrungen über Nervenfieber und Milchwirthschaft. (Zeitschrift für Hygiene, Bd. VIII, Heft I.)

A. giebt ein sehr beweiskräftiges Beispiel für die Verbreitung des Typhusgiftes durch die Milch.

Im Juni 1889 erkrankten in einer schwedischen Landgemeinde von c. 3000 Einwohnern während 14 Tagen in 39 Bauerhöfen 52 Personen an Nervenfieber. 5 Fälle endeten tödtlich. Die 39 Bauerhöfe lagen so zerstreut über eine grosse Landstrecke, dass einige 10 Kilometer von einander entfernt waren. Ausser den 39 inficirten Höfen gehörten zu derselben Gemeinde noch andere Bauerhöfe, die mitten zwischen den 39 lagen und doch verschont blieben. Es ergab sich, dass zur Landgemeinde eine Meierei gehörte, die so arbeitete, dass alle für den Tag eingelieferte Milch in ein Gefäss zusammengegossen und dann durch einen Separator abgerahmt wurde. Jeder Bauer erhielt nun dasselbe Quantum abgerahmter Milch zurück, dass er eingeliefert hatte. Alle die im Juni Erkrankten hatten factisch in den Wochen vor der Erkrankung abgerahmte Milch von dieser Meierei getrunken. Auch der Bauerhof wurde ermittelt, von dem wohl die erste Infection ausging. Die Epidemie hörte plötzlich auf, als die gefährliche Milch auf Drängen des Arztes nicht mehr von Menschen getrunken, sondern dem Vieh vorgesetzt wurde. Nach einigen Wochen beginnt sie wieder, ohne dass die Milch wieder beschuldigt werden könnte, und verliert sich erst im September.

Störend ist es, dass A. die Krankheit bald „Nervenfieber" bald „Typhoid" nennt. Nach dem Typhusbacillus scheint nicht gesucht worden zu sein. Masing.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 17. Januar 1890.

1. Dr. Blumenbach berichtet über einen Fall von Strychninvergiftung mit Ausgang in Genesung. Eine junge Dame hatte in selbstmörderischer Absicht ca. 5 Gran nicht ganz reinen Strychnins per os eine Stunde nach dem Mittagsmahl zu sich genommen. (Die Menge des Giftes liess sich hinterher ziemlich gut abschätzen, das Präparat ist von einem hiesigen Apotheker begutachtet worden). Ca. ½ Stunde nach geschehener That war Ref. am Platze. Er fand eine vollkommene Starre der Muskulatur vor, bei leichter Berührung traten tetanische Krämpfe auf. Der bestehende Trismus, die Krämpfe erschwerten die Einführung der Schlundsonde ungemein, was schliesslich jedoch nach gewaltsamem Ausbrechen eines Zahnes gelang. 15 Liter Wasser wurden durchgespült. Krämpfe bestanden fort. ½ Gran Morph. subcutan. Dann, nach Beschaffung eines zweiten Arztes, tiefe Chloroformnarkose. Besserung trat bald ein. Jetzt, nach Ablauf von 2 Wochen, ist Pat. ganz gesund bis auf eine gewisse psychische Reizbarkeit. — Vortr. hat die Ueberzeugung, dass der glückliche Ausgang durch die eingeleitete Therapie zu Wege gekommen. Binz und andere Autoren warnen, offenbar mit Unrecht, bei Strychninvergiftung vor der Spülung, da die Krämpfe nur gesteigert würden und das tödtlich wirkende Gift schon dem Kreislauf einverleibt sei (nach Binz schon nach 5 Minuten).

Dr. Hampeln erscheint die Spülung auch unter so erschwerenden Umständen durchaus rationell. Auf die Frage Dr. Hampeln's, ob im Erbrochenen Strychnin nachgewiesen, erwidert Dr. Blumenbach, dass leider in der ersten Erregung alles weggeschüttet sei.

2. Dr. Helling: „Zur künstlichen Ernährung der Säuglinge". (in extenso erschienen in № 23 dieser Wochenschrift.)

Dr. Hampeln: Für unsere Verhältnisse ist ein Appell an die Mütter zum Selbststillen kaum angebracht, wenn sie nur irgendwie können und dürfen, stillen sie meist selbst, ja es bedarf oft seitens des Arztes Mühe schwächlichen Frauen das Stillen zu untersagen. Unter den augenblicklichen Umständen sind wir jedenfalls oft der Ammen benöthigt, wenn auch die angeführten Missstände, eine Infectionsfähigkeit, sociales Elend etc. zugegeben werden müssen. — Bezüglich der Sterilisationsapparate haben sich Dr. Hampeln Seltersflaschen mit sog. Patentverschluss gut bewährt. Der Apparat Soxhlet's ist theuer und schwierig im Stande zu erhalten. Zur Sterilisation mag 20 Minuten langes Kochen genügen. Um das Casein feinflockiger zu gestalten ist früher von autoritativer Seite angerathen worden, 2 Stunden hindurch zu kochen. — Die Escherich'sche Verdünnungsmethode erscheint höchst rationell, unter anderen auch schon des Salzgehaltes wegen, welcher durch grosse Wassermengen ja verringert wird. Fraglich aber muss es scheinen, ob wir in der Praxis mit den kleinen Mengen durchkommen werden. In so manchen Fällen müssen wir schon bisher über das gewohnte Maass hinausgehen, wenn offenbar das Casein nicht genügend zur Resorption kommt. In solchen Fällen besteht keine Verdauungsstörung, aber das Kind erscheint in der Ernährung reducirt, die Gewichtszunahme ist ungenügend.

Dr. Hübner ist der Anschauung, dass alle die zur Sterilisation angegebenen Apparate für den Privatgebrauch sich wenig eignen, ihre Handhabung verlangt äusserste Aufmerksamkeit, welche nicht jede Mutter stets ihrem Kinde widmen kann. Bei der unzweifelhaft hervorragenden Bedeutung dieser Frage erscheint ihm das Vorgehen Dr. Hochsinger's in Wien zur Nachfolge aufzufordern. Derselbe vertreibt im Grossen 4 Gattungen nach Soxhlet'schen Principien sterilisirter Milch, rein und in verschiedenen Verhältnissen mit Wasser gemischt. So kommt die Milch vollkommen vorbereitet in's Haus, das Hütchen wird auf die Flasche gesetzt, das Kind kann saugen. Die Resultate sollen nach den Arbeiten Dr. Hochsinger's und Dr. Theodor's in Königsberg sehr befriedigende sein. Dr. Huebner trägt sich mit dem Gedanken, auch hier bei uns derartiges in's Leben zu rufen. — Bezüglich der gerügten Ammenverhältnisse ist es hier bei uns zu Lande doch nicht so schlimm, wie geschildert worden ist. Oft wohl könnten beide, Mutter und Kind, Hunger leiden, wenn es die Mutter nicht vorzöge, durch den Ammendienst sich und so auch ihrem Kinde den Unterhalt zu beschaffen. — Die von Dr. Helling so arg angegriffenen Surrogate, wie Nestle-sches Mehl, Liebig'sche Suppe etc. will Dr. Huebner denn doch in Schutz nehmen, bei Darmcatarrhen helfen diese Mittel, vorübergehend an Stelle der Milch gesetzt, oft ganz bedeutend.

Auch Dr. Blumenbach wendet sich gegen das bedingungslose Verwerfen einzelner Surrogate. Namentlich leistet das Nestle'sche Mehl in den späteren Lebensmonaten vortreffliches. z. Z. Secretär: J. Bernsdorff.

Brief an die Redaction.

Hochgeehrter Herr Redacteur!

In der Ueberzeugung, dass Sie zum Schutz der angetasteten Ehre eines einzelnen Arztes und zugleich derjenigen des ganzen Standes die Aufnahme einer Rechtfertigung in Ihr geschätztes Blatt nicht verweigern werden, bitte ich Sie folgende Zeilen abzudrucken:

In den №№ 119 und 120 der hiesigen Zeitung „Rishski Westnik" sind zwei Artikel unter der Ueberschrift „Misslungenes Unternehmen" und ein Leitartikel (№ 120) erschienen, welche anfangs von widerrechtlicher Freiheitsberaubung und Misshandlung gesunder Menschen in Irrenanstalten handeln, als wenn es heutzutage etwas ganz Gewöhnliches wäre, und dann einen Fall berichten, wo der Director der Riga'schen städtischen Irrenanstalt Rothenberg am 29. Mai c. seine Banditen oder Haiducken ausschickte, um einen gesunden Herrn, gewisse gewinnsüchtige Absichten der Frau unterstützend, mit Gewalt in die Anstalt zu bringen. Nur dem energischen Einschreiten des Besitzers des hiesigen Hotels Commerce sei es gelungen diese Unthat zu verhindern.

Der Thatbestand ist folgender: Herr L—r, erblicher Ehrenbürger der Stadt St. Petersburg, leidet an Geistesstörung seit wenigstens 6 bis 7 Jahren und ist diese Thatsache vielen der angesehensten Aerzte und Männern des Kaufmannstandes, ausser



den Verwandten und Bekannten des Kranken, ganz bekannt. Ich führe unter den Aerzten, die ihn untersucht resp. behandelt haben, die DDr. Kernig, Fremmert, Ferchmin, Tschainski-Janowitsch und Prof. Mierzejewski an. Ich selbst hatte zum ersten Mal Gelegenheit Herrn L—r kennen zu lernen im Jahre 1888. Damals kam er mit der Frau aus Kemmern zu mir, um meinen Rath einzuholen. Ich constatirte damals eine Hemiparese, die nach einem Schlaganfalle vor 3 Jahren nachgeblieben war, Schwächung des Urtheils und Verfolgungs- und Eifersuchtswahn. Auf meinen Vorschlag zur Behandlung in die Anstalt einzutreten, ging er anfangs ein, besann sich dann wieder anders und da die Frau ihn gegen seinen Willen der Anstalt nicht übergeben wollte, so reisten sie ab. Zum zweiten Mal erschien die Frau bei mir im Sommer 1889 mit einem Zeugniss des Dr. Berg aus Kemmern, in dem gesagt war, dass Herr L—r an Geistesstörung leide und der Aufnahme in eine Irrenanstalt bedürfe. Die Frau bat mich um ein Zimmer, da der Zustand ihres Mannes sich bedeutend verschlimmert habe. Es sollte ihr Leben mehr als einmal in Gefahr gerathen sein, indem er mit Messern und Gabeln nach ihr geworfen, sie geschlagen und des Nachts gelärmt habe. Am 29. Juli erhielt ich einen Brief von Frau L—r, in dem sie bat zum 31. Juli Wärter auf den Bahnhof zu schicken, um beim Eintreffen des Zuges aus Kemmern den Mann in Empfang zu nehmen; und am 31. Juli erhielt ich ein Telegramm, das mir meldete, der Transport zur Stadt sei nicht gelungen. Seit der Zeit hörte ich von Herrn L—r nichts weiter bis zum 29. Mai d. J. An dem Tage kam die Schwester der Frau L—r zu mir mit der Bitte, ich sollte einige Wärter in's Hotel Commerce schicken, da die Frau aus St. Petersburg mit dem Manne angereist sei und er dort arge Auftritte mache. Ich schickte einen Aufseher und zwei erfahrene Wärter in der festen Ueberzeugung, dass dieser Wunsch der Frau ganz gerechtfertigt sei, und da man im äussersten Falle allgemein zu diesem Mittel greift. Ich schicke in solchem Falle mehrere Wärter, weil dann der Kranke die Uebermacht erblickend, sich ruhig unterwirft und Gewaltanwendung vermieden wird. Schon beim Eintritt in's Hotel und während der ganzen Anwesenheit daselbst wurden der Aufseher und die Wärter mit Schimpfreden überhäuft, vom Hotelbesitzer sowohl wie von seinem Personal, ähnlich denen, die in den Spalten des „Rishski Westnik" zu lesen waren. Ausserdem mussten die Dienenden der Anstalt passive Zuschauer der Misshandlungen bleiben, die Herr L—r seiner Frau angedeihen liess. Zuletzt entschloss sich die Schwester der Frau L—r, die auch zugegen war, die Polizei um Hilfe anzurufen. Letztere erschien und nahm ein Protokoll auf. — Am 31. Mai erschien Herr L—r selbst mit seiner Frau in der Anstalt und sprach wieder den Wunsch aus aufgenommen zu werden. Ich konnte aber diesem Wunsche damals nicht nachkommen, weil seine Zeugnisse sich in der Polizei befanden. In Bezug auf die Zeugnisse bemerke ich, dass eines derselben von Dr. Kernig am 25. October 87 ausgestellt, besagt, dass Herr L—r seit dem Jahre 1885 an chronischer Entzündung der Hirnhäute leide und dass in Folge dessen seine Geisteskräfte deutlich gelitten hätten. Das zweite, welches von Bedeutung ist, hat Dr. Berg ausgestellt; der Inhalt ist oben angegeben. Anfang Juni ist Patient in eine hiesige Wasserheilanstalt eingetreten.

Zu Obigem erlaube ich mir einige Worte in Betreff des Modus der Aufnahme von Kranken hier am Orte hinzuzufügen. In der Gesetzessammlung und in den Senatsentscheidungen betreffend die Pflege der Geisteskranken sind über Aufnahme und Entlassung keine Vorschriften enthalten, wie bekannt ist. Im Protokoll des ersten Congresses der vaterländischen Psychiater, abgehalten vom 5.—11. Januar 1887 (St. Petersburg, Typographie von M. M. Stassulewitsch), sind mehrere Arbeiten und Vorschläge darüber enthalten, aber sie sind bis jetzt Projecte geblieben. Hier in Riga also wird ein jeder Kranke aufgenommen nur mit einem Zeugniss des ihn behandelnden Arztes darüber, dass er wirklich geisteskrank ist, und nach Aufnahme desselben wird sofort dem Medicinal-Inspector davon Anzeige gemacht, dass ein Kranker mit dem Zeugniss des Dr. N. N. aufgenommen worden.

Bezüglich dessen, ob es angängig und wichtig sei, den Verwandten des Kranken erbetenen Falles Wärter zu Hilfe zu schicken, so geschieht dieses auch an anderen Orten und werden namentlich oft Kranke mit Hilfe von Wärtern oder Aerzten in entfernte Anstalten transportirt. Sollte dieser Modus ausgeschlossen werden, so bliebe den Verwandten nur übrig, ihre tobsüchtigen oder gefährlichen Kranken — ich muss hinzufügen, dass die gefährlichen Kranken oft äusserlich ruhig und geordnet erscheinen — der Polizei zu übergeben, eine Maassregel, die sicher viele Uebelstände zur Folge hätte.

Empfangen Sie, hochgeehrter Herr Redacteur, die Versicherung meiner vollkommenen Hochachtung.

Director: Dr. Th. Tiling.

Nachschrift der Redaction. Wir unsererseits können nach Einsichtnahme in die betreffenden Artikel des „R. W." nur der Hoffnung Ausdruck geben, dass der Schreiber derselben zur gerichtlichen Verantwortung gezogen werden wird. Als grobe tendenziöse Verläumdung kennzeichnen sich beide Artikel durch den in vorstehendem Briefe nur kurz wiedergegebenen Inhalt, der Leitartikel der № 120 des „R. W." aber noch besonders durch seinen in nur zu bekanntem Tone ausklingenden, verallgemeinernden Schlusssatz.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Das *Orexin* hat Glückziegel (Prag. med. Wochenschr. 1890 № 13) bei 17, an verschiedenen Krankheiten leidenden Personen beiderlei Geschlechts mit sehr günstigem Erfolge verordnet; nur in 3 Fällen blieb die Appetit erregende Wirkung aus und trat Erbrechen ein. Dagegen hat Imrédy (Orvosi Hetilap 1890 № 13) weniger gute Resultate erzielt, da nur in 7 von 12 Fällen der Appetit erregt, in den anderen Fällen aber das Mittel nicht ertragen wurde. Beide Autoren wandten das salzsaure Orexin in der von Penzoldt vorgeschlagenen Form an.

(Therap. Monatsh. № 5.)

— H. Berg (D. Med. Z. 1890 № 22) empfiehlt Phosphor bei Rachitis in folgender Form: Rp. Phosphori 0,6, Alcoh. absol. 20,0, Tinct. Menth. 0,50, Glycerini 60 0. MDS. 3 Mal täglich zu 6 Tropfen, allmälig auf 10 Tropfen steigend.

— Langgard (Therap. Monatsh. № 5) giebt als allgemeine Regel bei Verordnung des Aristols die Vermeidung aller Substanzen an, welche chemische Affinität zum Jod besitzen, so kaustische und kohlensaure Alkalien, Ammoniak, Metalloxyde, Sublimat u. a. und muss es nur in Substanz, in ätherischer oder öliger Lösung, in Collodium, mit Vaselin oder Lanolin verschrieben werden.

— Prof. Köbner räth zu subcutanen Injectionen das Chinin. hydrochloricum in folgender Form anzuwenden: Rp. Chinini hydrochlorici 0,5—1,0, Glycerini puri, Aq. destill. ā̄ā̄ 2,0. Disp. sine acido; vor der Injection etwas zu erwärmen, bei längerem Stehen einige Tropfen destillirten Wassers beizufügen.

(Therap. Monatsh. № 5.)

— Ein anscheinend *geheilter Fall von Lepra*. In einer der letzten Sitzungen der New-Yorker medicinischen Gesellschaft stellte Fox einen Mann vor, der von der Lepra geheilt worden war. Derselbe war auf den Sandwichs-Inseln von amerikanischen Eltern geboren worden, wurde von Lepra befallen und floh, um der Leproserie zu entgehen, nach New-York. Er hatte damals deutliche Lepraflecken im Gesichte, am Rücken und an den Händen, anästhetische Plaques, Difformitäten der Finger der rechten Hand. Die Diagnose wurde von den Mitgliedern der New-Yorker dermatologischen Gesellschaft bestätigt. Eine 3monatliche Behandlung mit Nux vomica, anderen Tonicis und local Chrysarobin blieb erfolglos. Im Juni 1883 versuchte Fox nun das *Chaulmoograöl* in Dosen von 15 Tropfen, allmälig bis auf 60 Tropfen ansteigend. Im September waren die Flecken fast ganz verschwunden und es blieb nur noch Steifigkeit der Finger zurück. Im September 1884 waren ausser Ameisenkriechen in der Hand und an der Nase keine Veränderungen mehr nachzuweisen. Im October 1885 war die Krankheit ganz geschwunden. Das Chaulmoograöl war bis dahin fortgesetzt worden und zwar bis zu einer Dosis von 100 Tropfen täglich; dann wurde es ausgesetzt. Eine im December 1889 vorgenommene Untersuchung ergab, dass Pat. ganz frei von Lepra war.

(New-York. med. Jour. 15. Febr. — Wien. med. Pr. № 21.)

— Kolischer empfiehlt bei Tumor albus Injectionen von phosphorsaurem Kalk, welcher durch einen Ueberschuss von Phosphorsäure in Lösung erhalten wird. In Folge der Einspritzung in die Fungositäten tritt eine acute Entzündung auf, der ein Verkalkungsprocess folgt; dadurch soll völlige Heilung erzielt werden. (Journal de Médecine de Bruxelles 1889.)

Vermischtes.

— Auf Anregung des Organisationsausschusses hat sich ein Damen-Comité für den *internationalen medicin. Congress* in Berlin gebildet, mit dem Zweck, den nach Berlin kommenden Frauen der auswärtigen Aerzte möglichst viele Annehmlichkeiten und Erleichterungen für die Zeit ihres Aufenthaltes daselbst zu bieten. Vorsitzende des Comités ist Frau Geheimräthin Leyden.

— Geheimrath Prof. v. Nussbaum in München hat in Folge seines leidenden Zustandes seinen Abschied als Professor und Director der chirurg. Universitätsklinik genommen. Er steht gegenwärtig im 72. Lebensjahre. Mit der provisorischen Leitung der Klinik ist Prof. Angerer betraut worden.

— *Verstorben*. In Luga am 10. Juni c. der gewesene Bezirksarzt Rudolf Werbitzky.

— Ueber die *Universität Tomsk* entnehmen wir einer Correspondenz der „Neuen Dörpt'schen Ztg." aus Tomsk Folgendes: An der Universität werden wiederum acht neue Katheder besetzt, und zwar die der allgemeinen Pathologie durch Prof. Albitzki, der pathologischen Anatomie durch Prof. Winogradow, der Hygiene durch Prof. Ssudakow, der Diagnostik, der speciellen Pathologie und Therapie und der inneren Klinik durch die Professoren Kurlow und Korkunow, und schliesslich der Lehrstuhl der Chirurgie durch Prof. Rogowitsch und Dr. Salistchew, Prosector in St. Petersburg, da Dr. Eck die an ihn ergangene

Aufforderung abgelehnt hat. Alle neuen Kräfte, mit Ausnahme von Prof. Rogowitsch, der in Kiew als Privatdocent fungirte, stammen aus der St. Petersburger medico-chirurgischen (gegenwärtig militär-medicinischen) Academie. Nur das Katheder der Pharmakologie wird noch eine kurze Zeit unbesetzt bleiben, da der hierfür in Aussicht genommene Candidat, Dr. Pawlow aus St. Petersburg, inzwischen zum Professor in Warschau ernannt worden ist. — Der Bau der Kliniken geht rüstig vorwärts, so dass gleich nach Beginn des neues Lehrjahres die Aufnahme der Patienten stattfinden wird.

— Die *Arzneimittel-Cataloge* sind durch eine vom Gelehrten Militär-Medicinalcomité niedergesetzte besondere Commission einer Prüfung unterzogen worden und hat sich das Medicinalcomité auf Grund der Commissionsvorlage für eine Aenderung derselben in dem Sinne entschieden, dass die Cataloge der vorräthig zu haltenden Arzneimittel und medicinischen Vorräthe für Friedens- und Kriegszeiten gleiche sein sollen, und dass aus denselben die veralteten Arzneien ausgeschieden und die neuen unentbehrlich gewordenen Hilfsmittel der medicinischen Wissenschaft aufzunehmen seien.

— Ein Entwurf von Maassnahmen *zur Verhütung der Fälschung von Lebensmitteln*, der von einer besonderen Commission ausgearbeitet, ist beim Reichsrathe eingebracht worden. Nach diesem Entwurf soll ein Comitè aus Vertretern verschiedener Ressorts und städtischen Communen mit der Leitung aller in dieser Richtung zu treffenden Maassnahmen betraut und sollen demselben die erforderlichen Unterorgane unterstellt werden.

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 10. Juni 1890 5683 (30 weniger als in der Vorwoche), darunter 412 Typhus- (8 mehr), 517 Syphilis- (16 weniger), 105 Scharlach- (1 mehr), 52 Masern- (13 mehr), 12 Diphtherie- (3 weniger) und 5 Pockenkranke (5 weniger als in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 3. bis 9. Juni 1890.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt
317	213	530	101	49	112	12	3	16	58	40	42	36	37	19	4	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exant. 2, Typh. abd. 5, Febris recurrens 5, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 34, Scharlach 26, Diphtherie 8, Croup 3, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicämie 7, Tuberculose der Lungen 72, Tuberculose anderer Organe 5, Alcoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 35, Marasmus senilis 10, Krankheiten des Verdauungscanals 69, Todtgeborene 21.

XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,
St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14. zu richten. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 25 St. Petersburg, 23. Juni (5. Juli) **1890**

Klinische Mittheilungen

Von
Drnd. med. A. Högerstedt,
Ordinator am Peter-Paul-Hospital.

III. *Verschluss der Arteria subclavia sinistra an ihrem Ursprung.*

(Nach einem am 27. März 1890 im deutschen Alexander-Hospital zu St. Petersburg gehaltenen Vortrag.)

M. H.! Wenn es einer Entschuldigung bedarf für mein Vorhaben, Ihre Geduld mit der Vorführung eines Falles in Anspruch zu nehmen, der mit diesem Hospital nichts zu schaffen gehabt hat, so kann ich allein die relative Seltenheit des Befundes als solche ins Feld führen. Ist hierin schon für mich die Aufforderung enthalten durch Veröffentlichung den Fall weiteren Kreisen mitzutheilen, so habe ich andererseits geglaubt auch eine Pflicht der Dankbarkeit gegen diese Anstalt erfüllen zu dürfen, wenn ich in einer Versammlung seines ärztlichen Personals vorläufigen Bericht erstatte. Vor einer solchen kleineren Anzahl von Collegen ist ja zudem die Möglichkeit einer Demonstration des Präparates geboten — und das war für mich Angesichts seiner Seltenheit das Entscheidende. Mir hat der zu besprechende Fall überdies ein unerwartetes Interesse eingeflösst, weil er nach einer Richtung hin zu meinen Studien über das Aortenaneurysma gewissermaassen den Schlussstein geliefert hat.

In jenen Erörterungen konnte ich die pathogenetische Analyse durchweg auf von der pathologischen Anatomie gesicherten Boden stellen, weil das Aneurysma heute weitaus in den meisten Fällen als physiologische Folge eines bis in seine einzelnen Entwickelungsphasen klar gelegten jeweilig begrenzten Ernährungsdefectes der Gefässwand zu betrachten ist. Angeregt durch die schönen anatomischen Erforschungen habe ich an jenen Paradigmen den ätiologischen Zusammenhang der klinischen Erscheinungsformen eingehender Erwägung unterzogen und bin so zur Aufstellung eines klinischen Typus, des «Pressionsthorax» gelangt. Die directen Cardinalsymptome dieses sind Lungenemphysem und allgemeine Erweiterung der Arterien des Kreislaufes — bleibende, aus der chronischen Installirung der Valsalva'schen Versuchscomponenten hervorgegangene Effecte. Während des Valsalva'schen Versuchs „wirkt die unter hohen Druck gestellte Lungenluft pressend auf das Herz und die intrathoracalen Gefässe. Von aussen kann kein Venenblut in den Brustkorb eintreten, es schwellen daher die sichtbaren Venen, das Blut der Lungen wird von der stark gespannten Lungenluft schnell in das linke Herz befördert und letzteres entleert es baldigst nach aussen. Daher sind die Lungen blutleer und die Herzhöhlen leer. Also herrscht grösserer Blutreichthum des grossen Kreislaufes gegenüber dem des kleinen Kreislaufes und des Herzens". (Landois.) Zu einer Accumulation dieser physiologischen Circulationsschwankungen neigt der Theil der Bevölkerung, der sein Brod im Schweiss des Angesichts verdient, alle die Arbeiterclassen, welche Sommerbrodt in seiner Darlegung der Hauptbedingung für die Ueberanstrengung des Herzens einzeln namhaft gemacht hat. Dort, meine Herren, ist diese dauernde Ueberlastung des arteriellen Gefässsystems neben jenen schon oft und oft besprochenen, die Ernährung der Gefässwand direct schädigenden Einflüssen der ständig lauernde Impuls zum Aneurysmaausbruch.

Mit welchen Schwierigkeiten die Diagnose dieses Ereignisses unter Umständen, so namentlich bei Coïncidenz mit Aorteninsufficienz zu kämpfen hat, habe ich an einer Reihe versteckt gelegener Aortenaneurysmen vorzuführen Gelegenheit gehabt. Die differentielle Diagnose der sogenannten cylindrischen diffusen Erweiterung der aufsteigenden Aorta und des circumscripten Aortenaneurysma kann zu den schwierigsten, ja unlösbaren Aufgaben des Klinikers gehören. Nicht peinliche Untersuchungsgenauigkeit und nicht hundertfältige Erfahrung, keine Reflexion und keine Anlehnung an Analogien kann da vor Fehlschlüssen und vor Ueberraschungen bewahren. Denn wie im Bilde der Entwickelungsphasen der Arteriosclerose die Entstehung des Aneurysma bei gleichen Circulationsbedingungen nur auf dem Zufall eines zeitlichen und circumscripten Vorgeschrittenseins in der Schwächung eines bestimmten Gefässwandgebietes beruht, — so ist die Richtigkeit dieser Diagnose unter Umständen eben auch nur ein Zufall und darum nicht eigentlich ein wissenschaftlicher Erfolg.

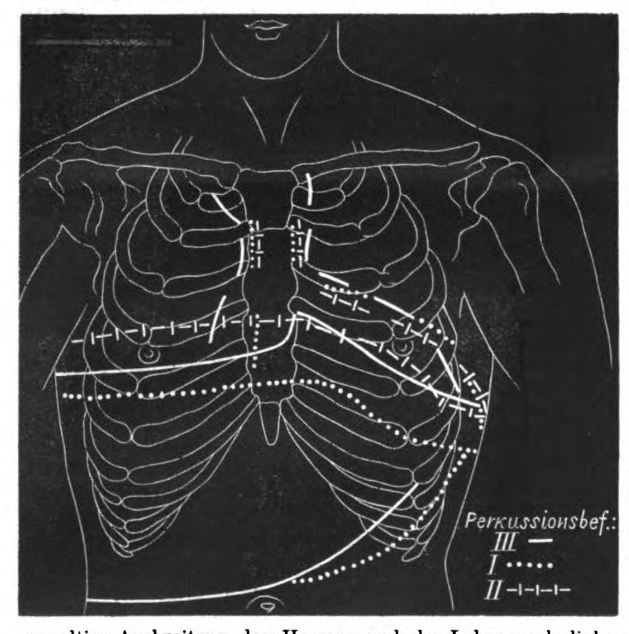
Vor einen solchen Fall stelle ich Sie, m. H., heute wieder hin.

Die 48-jährige Patientin Caroline Stempfel hat während ihres zweimaligen vier Monate dauernden Aufenthaltes im Peter-Paul-hospital in meiner Behandlung gestanden. Auf den vollen Bericht dieser umfangreichen, in vielen Beziehungen lehrreichen Krankengeschichte darf ich verzichten; gestatten Sie mir nur die

wichtigsten Momente aus derselben herauszugreifen, nur so viele als zur vollen Fixirung des Gesammtbildes nothwendig sind.

Vor 11 Jahren hatte Pat. acuten Gelenkrheumatismus; seit dann datiren Herzklopfen und Athemnoth. Trotzdem war die Kranke genöthigt fort und fort schwere Arbeit zu verrichten, wozu z. B. das Tragen schwerer Holzlasten während der letzten zwei Jahre zu rechnen ist. Nach einer jeden solchen Arbeit hatte Pat. Steigerung der genannten Beschwerden verspürt. Dann war die Athemnoth ständig geworden, und daneben stellten sich häufig wohlausgeprägte stenocardische Anfälle ein. — Alkoholmissbrauch geleugnet. Seit 19 Jahren verheirathet, hat Pat. nie geboren. Im März 1889 zeigten sich die ersten Oedeme. Damals 6-wöchentlicher Aufenthalt im hiesigen Obuchowhospital. Im August zum zweiten Mal ödematös; am 16. October Eintritt in meine Beobachtung.

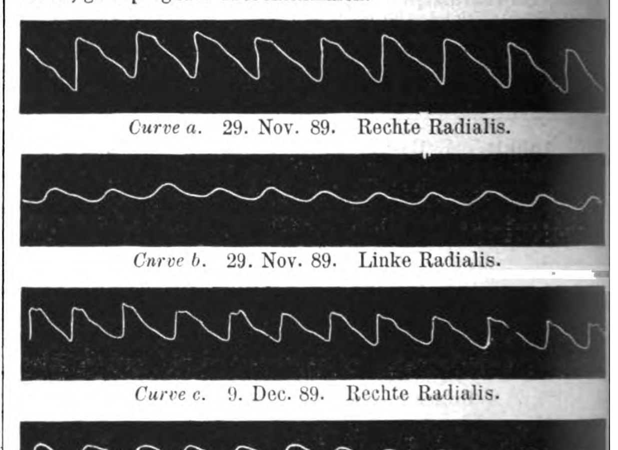
Die hervorstechendsten Symptome des Aufnahmestatus waren folgende: Brustkorb im Quer- und Sagittaldurchmesser erweitert. Thoraxstarre. Athmung dyspnoïsch mit vorwiegend diaphragmalem Typus. Herzshoc nirgends sicht- und fühlbar. Beide Lungenspitzen wölben sich namentlich bei Hustenstössen stark vor. Ueberall schwaches Vesiculärathmen. R. H. U. bis zur 9. Rippe hinauf abgesackter, seröser Erguss. Es besteht häufiger, quälender Husten, und reichlicher, schleimig-eitriger Auswurf. Arterien sclerotisch, trotzdem von verminderter Spannung. Pulsus celer, regelmässig, 84. Undeutlicher Pulsus epigastricus. Aortenkuppe nicht palpirbar. Arterientönen. In den Carotiden nur ein arteriodiastolisches Blasen. An der Auscultationsstelle der Aorta ein rauhes systolisches Geräusch, und ein lautes, langes diastolisches Blasen mit den gewöhnlichen Verbreitungsrichtungen nach oben und unten. Beide Aortengeräusche sind aber auch L. H. interscapular neben der Wirbelsäule hörbar. Erster Tricuspidalton leicht verstärkt. Zweiter Pulmonalton in weiter Verbreitung auf der linken vorderen Brustfläche hörbar. Der erste Mitralton schwach und unrein. Die Percussion ergiebt die auf vorliegender Zeichnung fixirten Grenzen. Beachten Sie die



gewaltige Ausbreitung des Herzens und der Leber nach links. Der untere rechte Lungenrand ist etwas nach oben, die Leber in toto vielleicht etwas nach unten gedrängt. Zur Zeit lässt sich die Vergrösserung des Herzens nach rechts hin nicht nachweisen. Die schmale Dämpfung auf dem Brustbeinhandgriff ist nicht intensiv. — Das Abdomen ist gespannt und enthält wenig Ascitesflüssigkeit. Die Leberoberfläche anscheinend glatt, Consistenz erhöht. Milz nicht nachweislich vergrössert. Denken Sie sich dazu die Erscheinungen nicht sehr hochgradiger Stauung: leichte Cyanose, Stauungsharn in verminderter Menge mit etwa 0,1% Albumin, beträchtliche Oedeme an den abhängigen Körpertheilen bei erträglichem Allgemeinbefinden, so haben sie das Bild in genügender Deutlichkeit fixirt und zwar in einem Rahmen, in dem uns dergleichen Kranke sattsam bekannt sind.

Der weitere Verlauf gestaltete sich unter absoluter Milchdiät und Digitalis recht günstig. Die täglichen Harnmengen erreichten sehr bald Höhen von 1000, 1500, ja 2000 Ccm. und darüber; damit ging Hand in Hand Abnahme der Oedeme und Entlastung des Herzens. Der Erguss in der rechten Pleurahöhle blieb indessen unverändert. Ende October und noch zu Anfang November wurde das gute Allgemeinbefinden durch häufige, meist zur Nachtzeit aufgetretene, mitunter recht stürmische, meist aber nur wenige Minuten andauernde stenocardische Anfälle getrübt. Aber auch diese hörten unter Gebrauch von Nitroglycerin sehr bald auf.

Somit bietet dieser erste Aufenthalt im Peter-Paulhospital eigentlich nichts Besonderes. Wohl aber wurde die anfänglich gehegte Meinung von der Uncomplicirtheit der vorliegenden Verhältnisse durch die Auffindung eigenthümlicher Symptome an den Arterien des linken Armes wesentlich erschüttert. Schon am 27. October wurden bei einer wiederholten Untersuchung des Gefässsystems deutliches Postponiren und bedeutend geringere Völle des Pulses in der linken Radialis bemerkt. Das unanzweifelbare Vorhandensein dieser Symptome wurde bei jeder ferneren darauf gerichteten Untersuchung bestätigt. Uebrigens bin ich in der Lage an sphygmographischen Curven Ihnen den Unterschied in der Völle beider Radialarterien zu demonstriren. So wenig auch ich im Allgemeinen sphygmographische Curven für beweisend halte, so glaube ich dennoch zur Verdeutlichung des Befundes dieselben heranziehen zu dürfen, umsomehr, als sie aus verschiedenen Aufnahmezeiten stammend in ihrer Aehnlichkeit, wie Sie sehen, ganz prägnant übereinstimmen.



Curve a. 29. Nov. 89. Rechte Radialis.

Curve b. 29. Nov. 89. Linke Radialis.

Curve c. 9. Dec. 89. Rechte Radialis.

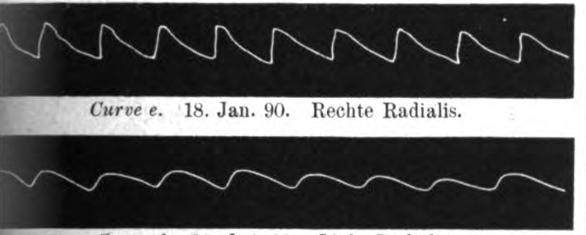
Curve d. 9. Dec. 89. Linke Radialis.

Anfangs December erweckte das subjective Wohlbefinden in Patientin so trügerische Hoffnungen, dass sie sich nicht mehr bereden liess, noch weiter die wohlthätige Ruhe des Hospitals zu geniessen. Da derartige, unser besonderes Interesse wachhaltende Fälle unwillkürlich einer aufmerksameren Pflege unterzogen werden, so durfte ich hoffen, nach der ausserhalb des Krankenhauses sicherlich bald wieder zu erwartenden Verschlechterung des Befindens Patientin zum zweiten Mal unter meine Beobachtung zu erhalten. Dieser Fall trat schneller ein, als Pat. und ich vermuthet hatten. Denn schon am 5. Janur 1890 wurde die Kranke in desperatem Zustande wieder auf meine Abtheilung gebracht.

Es bestanden nunmehr beträchtliche Cyanose und Oedem hohen Grades am ganzen Körper, Ascites und Stauungsharn. Der Erguss in der rechten Pleurahöhle besteht unverändert fort. Orthopnoë. In den abhängigen Lungenpartien feuchtes Rasseln. Am Herzen und Gefässsystem nichts Neues. Herzaction schwach, aber regelmässig. Puls im Epigastrium und Herzshoc nicht fühlbar. Das Percussionsergebniss ist entsprechend dem stärker ausgeprägten Ascites durch Heraufdrängen des Zwerchfells gegen früher, wie Sie sehen (s. oben Percussionsbefund II), etwas verändert. Ich bemerke hierbei, dass die Sternaldämpfung auch jetzt nicht intensiv genannt werden konnte.

Abermals eingeleitete energische Digitalistherapie neben absoluter Milchdiät hatte leider nicht mehr den vollen Erfolg wie das erste Mal. Namentlich bedrohlich wurden die schweren stenocardischen Anfälle, welche auch auf Nitroglycerin nicht so bald nachliessen. Die Harnausscheidungen hoben sich freilich, der Ascites nahm ab, aber eine dauernde Kräftigung des Herzens liess sich nicht mehr ohne Weiteres herbeiführen. Am 19. Jan. besteht immer noch bis zum Becken hinauf starkes Oedem, und das Allgemeinbefinden ist nur wenig besser geworden. Der Percussionsbefund ist wiederum ein anderer geworden. Wollen Sie zunächst beachten (s. oben Percussionsbefund III), dass in Folge der Abnahme des Ascites und des Tieferstandes des Zwerchfelles, die nunmehr in ihrem linken Lappen kleiner gewordene Leber tiefer herabgesunken ist. Das damit verbundene Herabtreten des rechten unteren Lungenrandes hat die genauere Feststellung der rechten Herzgrenze ermöglicht, die, wie Sie sehen, beträchtlich über den rechten Sternalrand herausgerückt ist. Wollen Sie ferner bemerken, dass die Dämpfung auf dem Brustbeinhandgriff sich nach links hin verbreitert hat und rechts oben bis unter das Schlüsselbein sich verfolgen lässt. Dieser ganze Dämpfungsbe-

irk hat gegen früher an Intensität zugenommen. — Da Pat. ich vom weiteren Gebrauch absoluter Milchnahrung entschieden ssagt, wird zu einem anderen Regime und zu den verschieensten Medicamenten Zuflucht genommen. So werden in kurzen ntervallen Scilla, Blatta orientalis, Convallaria majalis, Coffeïn nd endlich doch wieder Digitalis in Anwendung gezogen. Leider estand ihr jedesmaliger Effect nur in kurzem Anschwellen der larnmenge für 1 bis 2 Tage; am energischsten wirkte doch noch ie Digitalis, indem während ihrer Anwendung vom 24.—28. Febr. ı Summa 7250 Ccm. Harn entleert wurden und bedeutende Abahme der Oedeme und Schwund der Cyanose sich bemerkbar achten. Gerade durch letzteren Umstand wurde ein neues ymptom wahrnehmbar, nämlich isolirtes Bestehenbleiben der yanose am linken Arm ohne merkliches Oedem. Dabei blieb der 'uls in der linken Radialis, verglichen mit dem in der rechten ostponirend und, wie Sie sich überzeugen können, genau um benso viel niedriger wie in den früheren Curven.



Curve e. 18. Jan. 90. Rechte Radialis.

Curve f. 18. Jan. 90. Linke Radialis.

Ich bin am Ende des schon zu lange Ihre Geduld beanprucht habenden Krankheitsberichtes, denn vom 1.—9. lärz ist unter dem Ausbruch eines Gesichtserysipels und ach Ueberführung der Patientin in die Abtheilung für Erypelatöse der schnelle Ausgang nicht mehr unter meinen ugen erfolgt.

Wie lauten nun, m. H., die Erwartungen, die wir von iesem Fall durch die Section bestätigt zu sehen hoffen, rie lautet unsere volle klinische Diagnose? Ich glaube auf einen Widerspruch zu stossen, wenn ich die vorgefundeen Circulationsstörungen auf drei Factoren zurückführe:) eine vor 8 Jahren stattgehabte Endocarditis, 2) alle jene rsachen, deren Wirkungen und Endeffect ich «Pressionshorax» zu nennen mir erlaubt habe, und 3) eine durch eben iese Ursachen schneller und ausgiebiger herbeigeführte rteriosclerose. Wir bleiben sicherlich völlig objectiv und nsere Diagnose ist wissenschaftlich, wenn wir sagen: ndocarditis chronica. Stenosis et Insufficientia ostii Aorae. Hypertrophia et dilatatio totius cordis praesertim entriculi sinistri. Emphysema pulmonum. Arteriosclerosis. — Aber damit ist unsere Aufgabe noch nicht erchöpft, denn die eigenthümlichen am arteriellen System eobachteten Symptome zwingen uns aus diesem Rahmen uf einen unsicheren Boden herauszutreten, der Fall verangt es, dass wir auch Stellung nehmen zu der Frage: iegt ein Aneurysma der oberen Aorta vor oder nicht? — ie müssen mir zugeben, dass alle Bedingungen für die Enttehung eines solchen vorhanden gewesen sind; allein so icher wir berechtigt sind eine diffuse Erweiterung der beren Aorta anzunehmen — und die Dämpfung auf dem ternumhandgriff darf unter Umständen als ein positives ennzeichen derselben herangezogen werden — so unsicher teht es mit dem Beweis für das Vorhandensein einer cirumscripten Erweiterung, eines Aneurysma der oberen orta. Jenes Postponiren und Schwächersein des Pulses den Arterien des linken Armes darf uns nicht ohne Weieres zu schablonenhafter Annahme eines Aneurysma des ortenbogens führen. Zugegeben, dass die Einlagerung ines solchen Reservoirs jenes Symptom ja herbeiführen ann, so darf dann füglich erwartet werden, dass ein solches neurysma auch eine solche Grösse besitze, durch welche s sich im einen oder anderen Verdacht erweckenden Umtand klinisch verrathen muss. Zu solcher Deutung finde h in den vorgelegenen Verhältnissen indessen keinen Analtspunct. Man könnte mir vorhalten, dass das allmälige eutlicherwerden und die Zunahme jener Dämpfungsfigur uf dem Brustbeinhandgriff für ein solches positives Zeichen anzunehmen sei; aber ich betone bei dieser Gelegenheit ganz besonders, dass wir in solchen Fällen einen möglichen Wechsel der Lungenlagerung nicht ausser Acht lassen dürfen. Die Intensitätszunahme und die gegen Ende der Beobachtungsdauer markirte Verbreiterung jener Dämpfung nach links konnte in diesem Falle nicht durch eine Zunahme der Gefässerweiterung, sondern zwanglos durch Zurücksinken der oberen inneren Lungenränder in Folge stattgehabter Abnahme des Druckes von unten erklärt werden. — Es hätte ferner an eine ungewöhnliche aneurysmatische Ausbuchtung des Aortenbogens nach hinten mit einer nach unten, also ins hintere Mediastinum gerichteten Neigung gedacht werden können. Unter solchen Prämissen wäre die Unfühlbarkeit der Aortenkuppe wohl verständlich gewesen; aber dann wäre das Ausgebliebensein jeglicher Drucksymptome völlig unverständlich! Denn jene häufigen Anfälle von Erstickungsangst konnten nicht als die nervöse, durch Aneurysmadruck verursachte, von Dieulafoy als «laryngealen Ursprungs» bezeichnete Dyspnoë agnoscirt werden. Ich habe mich an anderer Stelle bemüht den Unterschied zwischen dieser «laryngealen»[1]) und cardialer Dyspnoë klinisch zu fixiren. Hier kann ich nur darauf hinweisen, dass alle an unserer Patientin beobachteten Asthmaanfälle wohlcharakterisirte stenocardische Zustände waren und dass sie jedes Mal mit nachweisbarem Abfall der Herzkraft einhergingen.

Es hätte ja auch noch wegen der auffallenden Differenz der Radialpulse an die Möglichkeit des Vorhandenseins eines Aneurysma der Arteria subclavia sinistra gedacht werden können; da aber das Postponiren sehr eclatant war und

*) Zu der anlässlich dieser auch von mir übernommenen Bezeichnung stattgefundenen Discussion glaube ich als letztes Wort das Wesentliche aus dem Referat über die Dieulafoy'schen Aufsätze, wie ich es in Virchow-Hirsch's Jahresbericht 1885 sub „Quelques considerations sur l'anévrysme aortique“ finde, beibringen zu dürfen. Die prognostische Bedeutung der Aortenaneurysmen bemessend, bespricht Dieulafoy vorzugsweise zwei Symptome: 1) die Dysphagie und 2) die Oppression. Ist die Dysphagie von einer Compression abhängig, so nimmt dieselbe proportionaliter beim Wachsthum des Aneurysma zu. In anderen Fällen ist die Dysphagie weder beständig noch graduell; sie tritt plötzlich auf und verschwindet rasch, ohne Spuren zu hinterlassen. Während des Bestehens derselben empfindet der Kranke nicht nur die Behinderung der Passage der Speisen, sondern eine schmerzhafte Empfindung krampfhafter Einschnürung, d. h. einen Krampf des Oesophagus (Oesophagismus). Alsdann handelt es sich nicht um eine Compression, sondern um eine krampfhafte Einschnürung. — Die Oppression, welche sich bis zur Suffocation steigern kann, ist ein anderes wichtiges Symptom, welches häufig von einer Compression des Bronchus oder der Trachea abhängig ist. Dieser Entstehungsmodus ist der seltenere, weil die grossen Athmungsröhren hochgradig verengt sein können, ohne dass Dyspnoë vorhanden ist. Bei dieser Form der Dyspnoë nimmt dieselbe zu im Verhältniss zum Wachsthum des Tumors und ist constant; ausserdem ist alsdann eine Abschwächung des Athmungsgeräusches auf der Seite der Compression nachweisbar. In anderen Fällen tritt die Dyspnoë ganz plötzlich auf, unter der Form von Erstickungsanfällen oder Strangulation und verschwindet ebenso plötzlich, oder besteht mit geringer Intensität eine Zeit lang fort, ohne dass man bei der Auscultation irgend welche Erscheinungen wahrnimmt. Sie hat einen spasmodischen Charakter, tritt paroxysmusweise auf, wie beim Spasmus glottidis, so dass man sie als eine Dyspnoë laryngealen Ursprunges bezeichnen könnte. Hierfür spricht auch der Umstand, dass eine Aphonie oder Dysphonie die dyspnoëtischen Erscheinungen begleitet. — Daher kann man die Compression des Oesophagus, eines Bronchus oder der Trachea ausschliessen und es handelt sich vielmehr um die Wirkung des Tumors auf den Nervus recurrens, welche den Oesaphagismus, den Pharyngismus, die Erstickungsanfälle, die Strangulation, die Dys- und Aphonie, sowie den paroxysmalen Charakter der Anfälle schliesst.

Das sind die Ausführungen Dieulafoy's. Wer solche Oppressionszustände nur einige Male zu beobachten Gelegenheit hatte, wird zugeben, dass die mögliche Abwesenheit der Symptome, welche für die durch mechanische Behinderung verursachte laryngeale Dyspnoë charakteristisch sind (wie Stenosengeräusch, Einziehung des Jugulum etc.) die Differenzirung dieser Anfälle vom Bronchial- und Cardialasthma dem Arzte sehr erschwert, und dass darum die Aufstellung von präcisen klinischen Unterscheidungsmethoden eher dankenswerth als überflüssig genannt werden sollte.



anderweitige Symptome, welche das Bestehen eines grösseren Aneurysmasackes in jener Gegend charakterisirt hätten, fehlten, so konnte ein derartiger Verdacht garnicht aufkommen.

Ich habe mir erlaubt mit Ihnen zusammen, m. H., den Gedankengang zurückzulegen, der mich an den Sectionstisch geleitete. Es schien mir geboten, Ihnen darzuthun, wie das starre Festhalten an einem einzelnen Symptom trotz hundertfältiger für dasselbe sprechender Erfahrungen nicht immer die Möglichkeit einer wissenschaftlichen Diagnose involvirt. Eingedenk dieser Beschränktheit unseres Könnens werden wir immer wieder von Zeit zu Zeit in einem oder dem anderen Befunde ein Räthsel sehen und dann sollen wir, wie Frerichs zu sagen pflegte, uns glücklich preisen, wenn es uns vergönnt ist durch die Section die Lösung zu erlangen. Diese Lösung kann ich Ihnen nun in diesem Präparate, dessen Ueberlassung ich der Güte meines verehrten Collegen De la Croix verdanke, vorlegen.

Hier haben Sie das Herz unserer Kranken mit den von ihm abgehenden grossen Gefässen. Sie sehen, dass die bedeutende Vergrösserung desselben sich sowohl auf den rechten wie linken Ventrikel erstreckt. In allen seinen Wandungen stark hypertrophisch, ist vorzugsweise der linke Ventrikel dilatirt. Das Endocard dieser Herzkammer ist in der Nähe der Aorta verdickt und dem entsprechend finden Sie zwei der Aortenklappen beträchtlich verkürzt, so dass das Ostium verengt erscheint. Im Uebrigen sind alle Klappen normal; nur auf die Aortenklappen hat sich auch der in der Aorta vorgefundene sclerotische Process erstreckt und sie starr gemacht. Diese sclerotische Umwandlung finden Sie in der ganzen Aorta bis zu hohem Grade vorgeschritten, wenngleich dieselbe bis zu Verkalkungen und Verschwärungen, wie Sie sich überzeugen können, noch nicht gelangt ist. Die Kranzarterien des Herzens, welche Zwecks Schonung des Präparates nicht in ihrem ganzen Verlaufe aufgeschnitten worden sind, zeigen dagegen nur ganz frische sclerotische Vorgänge und sind, wie die Sonde zeigt, leicht durchgängig. Dem entsprechend waren weder acute noch chronische parenchymatöse und interstitielle Umwandlungen im Herzmuskel wahrnehmbar.

Wollen Sie nun Ihre Aufmerksamkeit der Weite der einzelnen Gefässe und Gefässabschnitte zuwenden. Am Sectionstisch vorgenommene Messungen haben ergeben, dass die Circumferenz am Aortenostium 7,5, 2 Ctm. höher 9,0, auf der Höhe des Aortenbogens 10,0 Ctm. betrug. Werfen Sie von innen einen Blick auf die Ursprungsöffnungen der grossen Gefässe, so fällt Ihnen zunächst die Weite der Arteria anonyma auf. Bei einer Länge von 3 Ctm. besitzt sie einen Querdurchmesser von 1,5. Spanne ich dieses Gefäss nur etwas an, so bemerken Sie, dass die Ursprungsöffnung der linken nicht erweiterten Carotis nahezu in den trichterförmigen Anfangstheil der Anonyma zu liegen kommt. Betrachten Sie ferner, dass die Erweiterung der Anonyma eine diffuse ist, dass an keinem Theil ihrer Wandung ein Defect oder eine circumscripte Ausbuchtung sich constatiren lässt, und dass die von ihr abgehende Carotis und Subclavia normales Verhalten zeigen. Suchen wir nun nach einer Ursprungsöffnung der linken Subclavia, so finden wir an ihrer Stelle nur eine kleine, den Eindruck einer narbigen Verschmelzung machende Einziehung. Führe ich vom entgegengesetzten, abgeschnittenen Ende der Arterie eine Sonde in die, wie Sie sehen, normalweite Subclavia ein, so finde ich sie bis zu ihrem Ursprung völlig durchgängig und frei, und nur an der ihrem Austritt entsprechenden Stelle besteht eine völlig solide Verwachsung. Hierzu bemerke ich, dass die bis zur Radialis und Ulnaris herauspräparirten Arterien des linken Armes in keiner Beziehung vom Verhalten der Arterien der anderen Körperseite abwichen.

Aus dem Sectionsprotocoll füge ich noch kurz folgendes hinzu. In der rechten Pleurahöhle befand sich ein abgekapselter seröser Erguss. Beide Lungen waren emphysematös, der rechte Unterlappen atelectatisch. Beide Nieren erwiesen sich im Zustande beginnender Granularatrophie. Auch die Leber war in geringem Grade cirrhotisch und venös hyperämisch. Zudem fanden sich in vielen Organen, so namentlich in der Milz frische hämorrhagische Infarcte und Ecchymosen, herstammend von einer offenbar in den letzten Lebenstagen hinzugetretenen acuten Endocarditis, deren zarte Auflagerungen auf den Aortaklappen nun freilich nicht mehr demonstrirbar sind.

M. H.! Nachdem wir die anatomischen Verhältnisse als solche voll gewürdigt haben, lassen Sie uns auch vom Standpuncte uud mit dem Auge des Klinikers das vorliegende Präparat durchmustern. Wir waren ja mit unsicherem und erwartungsvollem Gefühl an dasselbe herangetreten, denn die klinische Beobachtung hatte an uns Fragen gestellt, die wir nicht beantworten konnten. Jetzt haben wir klare Antwort erhalten auch für das kleinste Detail unserer Befunde am Krankenbett und nun lassen Sie uns auch dem von uns Aerzten mehr als von Anderen zu fordernden Bedürfniss nach Selbstkritik Rechnung tragen!

Da dürfen wir vor Allem constatiren, dass jene drei Factoren, auf die wir die an unserer Patientin entwickelten Circulationsstörungen zurückführten, thatsächlich die bedeutungsvolle Rolle gespielt haben, die wir ihnen zuschrieben. Unzweifelhaft hat die Endocarditis den ersten Defect gesetzt, und dass dieselbe entgegen der durch Hampeln aus grossen Zahlen gewonnenen Norm nicht die Klappen der Mitralis, sondern zufällig die der Aorta ergriffen hatte, erleichtert uns gerade in diesem Falle den Einblick in den Gang der pathologischen Ereignisse. Die Compensation der Klappenfehler am Aortenostium wird ja ausschliesslich vom linken Ventrikel allein übernommen, und das ist für die fernere Leistungsfähigkeit des auf Muskelarbeit angewiesenen Arbeiters von schwerwiegender Bedeutung. Denn wir dürfen nicht vergessen, dass auch die beste erreichbare Compensation nur auf Kosten der stabilen Lage des betroffenen Ventrikels gegenüber allen plötzlich hinzukommenden Mehransprüchen erfolgen kann. Insufficienzen der Mitralis dagegen bürden den zu ihrer Deckung nöthig werdenden Zuschuss der vis a tergo zum Haupttheil dem rechten Ventrikel auf, und darum vermag die dabei gleichzeitig entstehende Dilatation des linken Ventrikels diesen nicht in ebensolchem Grade aus seiner stabilen Gleichgewichtslage herauszudrängen. Jene durch die Aorteninsufficienz a priori vorhandene Ueberlastung des linken Ventrikels ist nun bei unserer Patientin im Laufe der Jahre noch bedeutend gesteigert worden. Denn unter dem sich cumulirenden Einfluss der Muskelarbeit hatte sich allmälig der Typus des Pressionsthorax herangebildet, die Gleichgewichtslage des circulirenden Blutes war dauernd gestört, der grosse Kreislauf dauernd überfüllt worden. Auch für diese Mehrforderung an Arbeitsleistung hatte der linke Ventrikel aufzukommen. Und dann die unter der ständigen Wucht dieser Ueberlastung allmälig aber sicherlich schneller und frühzeitiger eingetretene Einbusse der Gefässwandelasticität, — auch dieser Verlust der noch einzigen übrig gebliebenen mittreibenden und unterstützenden Kraft musste ersetzt werden vom linken Ventrikel. Diese mächtige Anpassungs- und Ausgleichungsfähigkeit, ein Capitel, das neuerdings durch Nothnagel in interessanter Weise in den Vordergrund gerückt worden ist, hat erst dann zu erlahmen begonnen, als durch Sclerosirung der Kranzarterien die Ernährung des Herzmuskels eine ungenügende zu werden begann. — Derselbe Effect hat sich auch am rechten Herzen geäussert. Denn für die Athemnoth, an welcher Patientin namentlich im letzten Lebensjahre zu leiden hatte, werden wir neben der Atelectasirung eines Lungengebietes vorwiegend diese Kraftabnahme des rechten Ventrikels verantwortlich zu machen haben. Wie Sie gesehen haben, präsentirt sich derselbe auch, wenngleich in geringerem Maasse, als hypertrophisch und dilatirt. Auch er hatte ja durch die Entwickelung des Lungensystems mit vergrösserten Widerständen zu kämpfen, Widerständen, welche noch



vermehrt worden waren durch den Ausfall eines beträchtlichen Stromgebietes der rechten Lunge. Aber diese Arbeitsvermehrung blieb eben nur auf den Wirkungskreis beschränkt, welcher dem rechten Herzen auch physiologisch zugewiesen ist, auf den kleinen Kreislauf. Insofern befand sich der rechte Ventrikel unserer Patientin in sehr viel günstigerer Lage als in Fällen, in denen er wie z. B. bei Mitralinsufficienzen auch für die Ausgleichung des grossen Kreislaufes mitzusorgen hat.

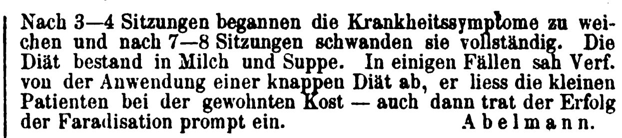
Nur mit wenigen Worten erlauben Sie mir noch auf den Befund an der oberen Aorta und den von ihr abgehenden Stämmen zurückzukommen. Wir können ja über die Herkunft des merkwürdigen Verschlusses am Ursprung der linken Subclavia nur zwischen zwei Vermuthungen schwanken. Dieser Verschluss ist entweder angeboren oder erworben, und zwar erworben auf dem Wege irgend eines endarteritischen Processes in der Aorta durch Vermittelung autochthoner Gerinnungen. Wissen wir doch nach Virchow, dass gerade die Abgangsstellen der Gefässe die Prädilectionsorte für die Entstehung der Arteriosclerose abgeben. Ich möchte mich nicht ohne Weiteres[2]) für die letztere Annahme aussprechen, führe indessen an, dass — obwohl ich Messungen dafür nicht beibringen kann — die linke obere Extremität in ihrem Wachsthum in keiner Beziehung zurückgeblieben erschien. Sie haben ferner sich überzeugen können, dass der in Rede stehende Verschluss den Eindruck einer narbigen Einziehung macht und nur auf den Ursprung der Subclavia begrenzt ist. Dahinter wie auch im weiteren Verlauf waren die Subclavia und ihre Aeste von ganz normalen Verhältnissen. Soweit es die Umstände gestatteten, hatte ich nach Collateralen geforscht, dieselben aber nicht aufgefunden. Auch in der Literatur habe ich Analogien nicht auffinden können und ebensowenig kann ich Ihnen den Weg, den die Collateralen in solchen Fällen einzuschlagen pflegen, angeben. Das alles indessen sind Dinge, die den Anatomen mehr angehen als uns. Für unser klinisches Interesse liegt der Gipfelpunct in dem schon aus der makroskopischen Untersuchung mit positiver Sicherheit hervorgehenden Nachweis, dass kein Aneurysma der oberen Aorta oder der Anonyma vorliegt, denn die Erweiterung dieser Gefässabschnitte, die Sie dort gesehen haben, ist diffus und darum nicht aneurysmatisch; sie ist nichts weiter als der gleichmässig vertheilte Ausdruck des von diesen Gefässabschnitten erlittenen Seitendrucks und Elasticitätsverlustes, der combinirte Effect von Aorteninsufficienz plus Arteriosclerose.

St. Petersburg, Mai 1890.

Referate.

Eduard Kraus: Ueber die Anwendung des faradischen Stromes bei Behandlung des Icterus catarrhalis. (Arch. f. Kinderheilk. 1889).

Die in Rede stehende Behandlungsmethode des catarrhalischen Icterus, welche bereits von Hall und Darwin angewandt worden war, wurde in neuerer Zeit von Gerhardt sehr warm empfohlen. Gerhardt nimmt an, dass durch den faradischen Strom die Muskulatur der Gallenblase direct contrahirt werde und durch den gesteigerten Druck der Propf weggeschwemmt werden müsse. Andere Autoren, unter ihnen Ziemssen, Senator, bezweifeln eine directe Contraction der Gallenblasenmuscularis, geben aber zu, dass durch die Contraction der Bauchmuskulatur ein starker Druck auf die Leber und Gallenblase bewirkt werden könne. Verf. hat nun diese Methode an Kindern geübt, er beschreibt 17 Fälle von Icterus catarrhalis, die mittelst Faradisation behandelt wurden. Die Application geschah nach dem Gerhardt'schen Verfahren: die eine Electrode des Inductionsstromes in der Gegend der Gallenblase, die andere horizontal gegenüber rechts neben der Wirbelsäule; oder aber es wurden zwei feuchte Electroden direct auf die Gallenblasengegend aufgesetzt. Dauer 5 Minuten. Die Resultate waren durchaus günstige.


Nach 3—4 Sitzungen begannen die Krankheitssymptome zu weichen und nach 7—8 Sitzungen schwanden sie vollständig. Die Diät bestand in Milch und Suppe. In einigen Fällen sah Verf. von der Anwendung einer knappen Diät ab, er liess die kleinen Patienten bei der gewohnten Kost — auch dann trat der Erfolg der Faradisation prompt ein. Abelmann.

Prof. **Fehling**: Beiträge zur Behandlung grosser in Ausstossung begriffener Uterusmyome. (Corr.-Bl. f. Schw. Aerzte 1889, № 21).

F. theilt drei Krankengeschichten mit, die das Gemeinsame der spontanen Austreibung grosser Myomgeschwülste in die Scheide, schwerer Anämie mit Erschöpfung und septischer Endometritis, in Folge theilweisen Zerfalles des Tumors, zeigten. Er hatte die Wahl zwischen der Enucleation der Geschwulst per vaginam und der Entfernung durch Laparo-Myomotomie, zog aber die letztere Operation vor, zunächst wegen der Grösse des Tumors, dann aber auch wegen der zu befürchtenden viel grösseren Blutung bei Loslösung von der Scheide aus. Beim Bauchschnitt, wie bei Spaltung des Uterus und der Geschwulstkapsel, war der Blutverlust gering und konnte der Tumor, nachdem er sich recht leicht durch die angelegte elastische Ligatur hatte zurückziehen lassen, bequem entfernt, der Uterus abgetragen und der Stumpf extraperitoneal nach Hegar befestigt werden. Sämmtliche Fälle gingen in vollkommene Genesung aus und illustriren in schöner Weise die Vorzüge der Laparotomie gegenüber der Enucleation besonders da, wo es sich um grosse Myome (diejenigen F.'s wogen nebst Uterus einzeln bis zu 3880 Grm.) handelt. Fremmert.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 20. Februar 1890.

1) Dr. Mobitz legt das Präparat *eines mit keilförmiger Excision der Fusswurzelknochen operirten Pes equinovarus* vor, welches von einer 3½ Monate post operationem an Typhus exanthematicus verstorbenen Patientin stammt. Die Operation, bestehend in keilförmiger Excision und Tenotomie der Achillessehne, wurde am 22. Oct. 1889 bei Blutleere ausgeführt: Schnitt an der lateralen Seite des Fusses 7 Ctm. lang, von der Tuberositas oss. metatarsi V zum Malleolus externus, über den Höcker des Klumpfusses durch straffes, von einem Ulcus herrührendes Narbengewebe verlaufend; zweiter Schnitt von der Mitte des ersten senkrecht zur Planta; die so gebildeten dreieckigen Lappen wurden nach unten geschlagen, die Weichtheile des Fussrückens mit den Strecksehnen und dem Periost abgehoben; mit einem ziemlich breiten Osteotom wurde hierauf ein Keil in der Richtung von oben aussen nach innen unten, an seiner Basis 4 Ctm. dick und etwa 6 Ctm. breit und 5—6 Ctm. tief, ohne Rücksicht auf die Configuration der Knochen und Gelenke, mit möglichst geraden und glatten Seitenflächen herausgeschlagen. Entfernt wurden auf diese Weise: die hinteren ⅔ des Os cuboïd., die vordere Hälfte des Proc. anter. calcanei, somit das Calcaneo-cuboïd.-Gelenk, ferner der Hals und Kopf des Talus (letzterer erst nachträglich); gestreift wurden das Os cuneïf. extern. und das Os naviculare. Eröffnet wurden folgende Gelenke: zwischen Talus und Calcaneus, zwischen Os cuboïd. und Os cuneïf. extern., zwischen Os cuboïd. und Os naviculare und zwischen Os naviculare und Taluskopf. Nach Herausnahme des Keils wurden die beiden Knochenflächen an einander gepresst und dabei durch Rotation des Vorderfusses nach innen die fehlerhafte Stellung ausgeglichen. Der Fuss bekam ein ziemlich normales Aussehen, zumal er vorher 2 Ctm. länger gewesen war als der gesunde; die Verkürzung war nicht auffallend.

Das vorgelegte Präparat stellt den amputirten, von der Haut befreiten, durch einen sagittalen, durch den Fersenbeinhöcker gehenden und den mittleren Metatarsusknochen an seiner inneren Seite streifenden Sägeschnitt zerlegten Fuss dar. Der Fuss scheint gut geformt; stellt man ihn auf, so berührt die ganze Sohle, wie bei einem Plattfusse, die Unterlage; der Fuss steht senkrecht zum Unterschenkel. Auf der Sägefläche sieht man eine knöcherne Vereinigung zwischen Talus und einem Theile des Os naviculare; eine ebensolche breitere Verknöcherung zwischen Talus und Calcaneus. Der Taluskörper, seiner Stütze beraubt, hat sich um eine frontale Achse gedreht und ist zugleich nach vorne unten gerückt, einen grossen Theil der Gelenkfläche des Os naviculare freilassend; in diese Lücke ist durch den Druck des Körpergewichtes die Tibia mit ihrer vorderen Gelenkskante gedrungen und steht in innigster Beziehung zum Os naviculare. Das Fussgewölbe ist stark abgeflacht; es besteht eine vollständige Ankylose des Talotarsalgelenkes; die Function des Talocruralgelenkes ist gleichfalls ganz aufgehoben.

Zum Vergleiche mit diesem Präparate wird ein normaler, in derselben Richtung durchsägter Fuss demonstrirt.

2) *Discussion* über die in der vorigen Sitzung gehaltenen Vorträge der DDr. Dombrowsky, Kernig, Anders und Westphalen:

Prof. Tiling hält die Actinomycose auch in Russland nicht für so selten, wie es nach der verhältnissmässig spärlichen, in der russischen Literatur enthaltenen Casuistik scheinen mag; er selbst

[2]) Von einer mikroskopischen Untersuchung habe ich geglaubt abstehen zu dürfen, weil ihr Ergebniss zur Entscheidung dieser Frage kaum etwas hätte beitragen können und weil andererseits die Erhaltung des Präparates für die anatomische Sammlung des Peter-Paul-Hospitals wünschenswerth erschien.



hat bisher 5 (z. Th. schon von Dr. Orlow u. A. veröffentlichte) Fälle von Actinomycose gesehen; davon betrafen 3 die Mundhöhle und 2 die Lungen. In einem Falle bestanden zugleich Hirnerscheinungen, die durch einen actinomycotischen Herd in einer Grosshirnhemisphäre verursacht wurden. Charakteristisch für die Actinomycose sind die ausgedehnten harten Infiltrationen, welche manchmal spontan wieder schwinden. In diagnostischer Hinsicht bietet die Actinomycose des Unterkiefers die geringsten, diejenige der Bauchorgane die grössten Schwierigkeiten; charakteristisch ist auch hier das wechselnde Entstehen und Verschwinden der Tumoren. Was den von Dr. Kernig und Dr. Anders mitgetheilten Fall anlangt, so ist Vortr., ganz abgesehen davon, dass die Anwesenheit des Actinomyces nicht bewiesen wurde, nicht geneigt, denselben für Actinomycose anzusprechen; die Infiltrate zeigten nicht die grosse Ausdehnung der actinomycotischen; ferner dringt der actinomycotische Process ohne Rücksicht auf anatomische Bahnen durch alle Gewebe hindurch, im obigen Falle aber verbreitete sich die Eiterung auf den gewöhnlichen anatomischen Wegen: vom peri- und paracoecalen Gewebe zur Leber, zwischen dieser und dem Zwerchfell, durch letzteres hindurch in den Thoraxraum etc.

Dr. Anders führt nochmals folgende Gründe an, die ihn bestimmen, jenen Fall als Bauchactinomycose aufzufassen: 1) das Aussehen der Granulationen und des Inhaltes der Abscesshöhlen: synoviaähnlicher Eiter und käsige Massen; 2) die Einschmelzung der die Abscesswandungen auskleidenden Schwarten; 3) das Entstehen und Schwinden der Tumoren, die aus der Tiefe der Bauchhöhle zur Oberfläche aufstiegen. Ferner führt er an, dass in der Literatur Fälle bekannt sind, in denen die Diagnose einer Actinomycose trotz Fehlens des mikroskopischen Nachweises aufrecht erhalten und dann erst nachträglich bestätigt wurde, und dass die Bauchactinomycose nicht selten unter dem Bilde einer Typhlitis beginnt.

Dr. Hagen-Torn hält weder die Beschaffenheit der Granulationen noch diejenige des Eiters für charakteristisch; auch die Einschmelzung der Schwarten beweist nichts, da auch anderweitige peritonitische Exsudate in der Folgezeit bis auf geringe Reste schwinden können.

Dr. Kernig betont nochmals gegenüber den Diagnosen: „Sarcom" und „Actinomycose", dass der Process von Anfang an einen entschieden entzündlichen Charakter hatte, sowohl am Coecum wie auch im Thorax; von einer Neubildung, einem Tumor konnte klinisch erst im Juli, also ein halbes Jahr nach Beginn der Krankheit gesprochen werden; die ursprüngliche Typhlitis war vollständig und längst geschwunden; wohl liesse sich denken, dass im entzündlich veränderten paracoecalen Gewebe in späterer Zeit eine maligne Wucherung des Bindegewebes Platz gegriffen hätte; für den viel früher unter entzündlichen Erscheinungen entstandenen, im Uebrigen ganz analogen Herd im Thorax wäre eine solche Erklärung aber unzulässig. Ferner weist Dr. Kernig nochmals auf das Ausbleiben von Metastasen und auf den Umstand hin, dass in dem von Prof. Monastyrski nnd Dr. Plinatus beobachteten Falle von subphrenischem Abscess genau dieselben käsigen Massen gefunden wurden, denen hier so grosse diagnostische Bedeutung zugesprochen wird. Was die anatomische Diagnose anlangt, so bleibt es immerhin zweifelhaft, ob das hier gefundene Gewebe als Sarcom oder als einfaches Granulationsgewebe anzusehen sei.

Dr. Westphalen begründet in eingehender Weise die anatomische Diagnose: „Sarcom"; er weist zunächst unter Anführung von Beispielen darauf hin, dass die anatomische Untersuchung unter Umständen auch da die Diagnose einer Neubildung sichern kann, wo klinisch keine Geschwulstbildung beobachtet wurde, und giebt dann nochmals eine genaue Beschreibung des untersuchten Gewebes. Dasselbe präsentirt sich als „celluläre" Neubildung (Arnold) und zwar als eine bindegewebige; es kann sich demnach nur um Sarcom oder um Granulationsgewebe handeln; da die Zellen ohne Intercellularsubstanz an einander liegen und, wie vergleichende genaue Messungen ergeben, in der Grösse des Zellenleibes sowohl wie des Kernes den Sarcomzellen viel näher stehen als den Zellen des Granulationsgewebes, so glaubt Vortr. das betreffende Gewebe entschieden als Sarcomgewebe ansprechen zu müssen; doch will er keineswegs die Sarcombildung im vorliegenden Falle als das Primäre hinstellen, vielmehr die Möglichkeit zulassen, dass die atypische Bindegewebswucherung sich erst auf dem Boden eines entzündlichen Processes entwickelte. Auf eine diesbezügliche Anfrage Dr. Kernig's bemerkt Dr. Westphalen, dass sowohl Eiterung wie hämorrhagische Erweichung in Sarcomen nicht selten vorkommen; als Beispiele hierfür seien die sogen. „Knochencysten" und „Aneurysmen der Knochen" angeführt, die sich als eitrig resp. hämorrhagisch umgewandelte Sarcome erwiesen haben. Dass, wie Dr. Anders betont, die Granulationen in den Wunden theilweise vernarbten, wird gleichfalls erklärlich, wenn man annimmt, dass die ursprünglich mit normalen Wundgranulationen ausgekleideten Abscesswände erst später sarcomatös entarteten, ein Vorgang, für den es nicht an Beispielen fehlt. Zugleich spricht Dr. Westphalen sich gegen die Annahme einer Actinomycose aus, da letztere nur gewöhnliches Granulationsgewebe liefert; der Ausspruch Israël's, das actinomycotische Gewebe habe Aehnlichkeit vom sarcomatösen, bezieht sich lediglich auf das makroskopische Aussehen der Tumoren.

Dr. de la Croix ist der Ansicht, dass die von Dr. Westphalen vorgelegten Schnittpräparate nicht unbedingt die Diagnose „Sarcom" beweisen. Das erste Präparat stellt einen Schnitt durch die mit dem scharfen Löffel aus der granulirenden Eiterhöhle der Bauchwandungen ausgeschabten Gewebstheile dar und bietet bei der mikroskopischen Untersuchung in der That ein dem Rundzellensarcom sehr ähnliches Bild. Doch muss man dessen eingedenk bleiben, dass die Wundgranulationen (nicht zu verwechseln mit den Granulomen, den sog. „infectiösen Granulationsgeschwülsten" Ziegler's, [Tuberculose, Syphilis, Lepra, Rotz, Actinomycose etc.] von Klebs auch Leucocytome genannt), dass das Granulationsgewebe also denselben Typus des fötalen Bindegewebes repräsentirt, und zwar mitunter Rundzellen, die nur durch sehr geringe Mengen von Zwischensubstanz zusammengehalten werden, wobei die Grösse der Rundzellen keine besondere Rolle spielt. Da nun das Material zum vorliegenden Präparate notorisch aus den Wandungen einer granulirenden Eiterhöhle ausgekratzt wurde, da zweitens die Section, das Ultimum refugium einer jeden unklaren Diagnose, keinen handgreiflichen Tumor ergab, da drittens aus den auf bösartige Neubildung verdächtigen, bei der Section gefundenen Schwartenbildungen keine Präparate zur Stütze der Diagnose: „Sarcom" angefertigt sind, so ist es nicht ausgeschlossen, dass man es im vorliegenden Präparate mit mehr oder weniger modificirtem Granulationsgewebe zu thun hat. Im Gegentheile spricht ein Umstand, auf welchen Klebs (Allgem. Pathol. Bd. II, 1889, pag. 424) ganz besonders aufmerksam macht, nämlich das Verhalten der sowohl bei Sarcomen wie Granulationen reichlich neugebildeten Blutgefässe in diesem Falle noch mehr zu Gunsten von Granulationsgewebe. Dieselben collabiren nämlich im Granulationsgewebe, während sie in wuchernden Bindegewebsgeschwülsten, wie Papillomen und Sarcomen klaffend bleiben. In dem vorliegenden Präparate nun hat Vortr. kein einziges auf dem Querschnitt klaffendes Gefäss gesehen. Was nun das zweite Präparat, von den „miliaren Einsprengungen" in der Lunge herrührend, anbetrifft, so hatten sich diese vereinzelten Einsprengungen nur in nächster Nähe der Pleuraschwarten rechterseits befunden und boten ausser den grossen Rundzellen alle Formen von der kleinen Rundzelle bis zur Riesenzelle dar, so dass dieses Bild sich noch eher demjenigen der Granulome nähert. Dr. de la Croix hält daher für einzig bewiesen, dass es sich in diesem Falle um ausgebreitete Eiterungen im Anschlusse an eine vorhergegangene Typhlitis resp. Paratyphlitis gehandelt hat. Sarcom sei nicht sicher erwiesen. Actinomycose sei zwar nicht nachgewiesen, aber auch nicht absolut ausgeschlossen. Das Fehlen der Drusen im Eiter besage noch nicht viel, da die Eiterhöhle in breiter Communication mit dem Darmrohre stand und wir von anderen Mikroorganismen (Cholera-, Tuberkelbacillen) wissen, dass sie durch Fäulnissbacterien überwuchert werden können. Es wäre vielleicht am ehesten Aussicht gewesen, diese Organismen in den peripheren, von der eiternden Oberfläche entferntesten Partien der schwartigen Granulationen nachzuweisen. Solche Präparate liegen jedoch nicht vor. Uebrigens könnte es sich auch um eine bisher unbekannte Infection vom Darme aus handeln.

Dr. Westphalen hat in einigen Präparaten auch klaffende Capillaren gesehen und gerade an diesen den Vorgang der Gefässneubildung sehr schön studiren können.

Dr. Moritz findet gleichfalls eine Lösung des Widerspruches zwischen dem klinischen Verlaufe und dem anatomischen Befunde in der Annahme, dass der ursprüngliche entzündliche Process, die paracoecale und subdiaphragmale Eiterung, in der Folge den Boden für die Sarcombildung abgegeben habe, und führt einen analogen Fall an (Entwickelung eines Sarcoms des Oberkiefers und des Siebbeins nach Entfernung eines Nasenpolypen).

Dr. Selenkow glaubt aus dem besprochenen Falle die praktische Lehre ziehen zu können, dass paratyphlitische Abscesse öfter, als es bisher geschieht, schon im Beginn operativ angegriffen werden sollten.

Prof. Tiling erwidert hierauf, dass die acute Typhlitis sich löste, ohne ein Infiltrat zurückzulassen und dass auch der weitere Verlauf, während dessen eifrig nach einem Eiterherde im Abdomen resp. Thorax gefahndet wurde, lange Zeit keine Indication zu einem operativen Eingriffe darbot.

Secretär: Dr. E. Blessig.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Dr. Stewart (Brit. med. Journ. 1890, April 10) hat in einem auf der Cardiff Medical Society gehaltenen Vortrage Borax bei Epilepsie empfohlen und soll dieses Mittel besonders bei der Epilepsia nocturna wirksam sein; in den Fällen, wo die Anfälle sowohl am Tage als auch in der Nacht auftraten, empfiehlt St. eine Combination von Borax und Bromkalium. Die Borsäure wurde übrigens schon von ihrem Entdecker Homberg (1702) als beruhigendes, krampf- und schmerzstillendes Mittel und nach ihm als Sal sedativum Homberg von älteren Aerzten angewandt.

(Therap. Monatsh. № 5.)



XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,

St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 26 St. Petersburg, 30. Juni (12. Juli) 1890

Ein Fall von Malleus humidus acutus beim Menschen.

Von

Dr. Alex. Hartge (Dorpat).

Der Regimentsveterinärarzt P. in Dünaburg wurde im April 1889 von der Regierung in's Gouvernement Ssuwalki abcommandirt zur Bekämpfung der dort unter den Pferden eines Cavallerieregiments herrschenden Rotzkrankheit. Seine Thätigkeit in Ssuwalki währte bis zu Anfang des August 89. Ende August sandte ihn das Kriegsministerium nach Dorpat, damit er auf der bacteriologischen Station des hiesigen Veterinärinstituts sich weiter mit der Rotzfrage beschäftigte. Hierselbst lag er nun mit allem Eifer seinen Studien ob, führte zu verschiedenen Malen Impfungen mit positivem Erfolge auf verschiedene Thierspecies aus, wie Meerschweinchen, Katzen, Mäuse. Namentlich gelang es ihm stets die Löffler'schen Rotzbacillen rein zu züchten. Herr P. erfreute sich bei seinen Studien einer vorzüglichen Gesundheit. Am 21. November 89 erkrankte er an der Influenza, welche ihn drei Tage an's Bett fesselte und mit stärkeren Catarrhen der Luftwege verknüpft war. Am 25. November, mit starkem Husten behaftet, begab er sich wiederum in die bacteriologische Station zu seiner früheren Beschäftigung. Da der Husten sich nicht legte, consultirte er am 30. November die hiesige poliklinische Ambulanz, wo ihm gesagt wurde, er habe linkerseits einen Catarrh der Lunge und thäte gut, das Zimmer zu hüten. Da Patient fieberfrei war, befolgte er diesen Rath nicht, sondern beschäftigte sich weiter im Veterinärinstitut mit rotzkranken Thieren, nahm auch noch einige Impfungen vor und zwar die letzte an einer Katze am 6. December. Am 7. December hütete er das Zimmer, weil der Husten stärker geworden war und auch allgemeines Unbehagen und Appetitmangel sich hinzugesellten; am 9. Dec. verspürte er starkes Frösteln, Unbehagen in der Brust, verbrachte die Nacht schlaflos. Da am 10. Dec. sein Zustand sich noch verschlimmerte, indem Schmerzen in der Brust und Stiche in der Seite auftraten, sandte er am 11. Dec. zu mir und konnte ich folgenden Befund aufnehmen:

Herr P., 30 a. n., ist ein Mann von grosser Figur, die Musculatur ist gut und kräftig ausgebildet, das Fettpolster normal, die Oberhaut ist rein, zeigt keinerlei Abnormitäten. Der Thorax gut gewölbt, erweitert sich beiderseits gleichmässig bei Respirationsbewegungen, deren Frequenz 16—20 in der Minute. Bei tiefen Inspirationen fühlt Patient einen Schmerz in den linken unteren Thoraxpartien. Der Pectoralfremitus ist linkerseits in der ganzen Ausdehnung der Lunge sowohl vorn als hinten stark abgeschwächt, desgleichen die Bronchophonie. Percussion giebt annähernd normale, deutlich verschiebbare Lungengrenzen und sonoren Lungenton, welcher linkerseits beim Vergleich zu rechts eine deutliche tympanitische Färbung einhält. Dämpfungsbezirke sind nirgends zu constatiren. Bei der Auscultation findet man auf der ganzen linken Lunge sehr stark abgeschwächtes Vesiculärathmen, welches stellenweise, so auf dem Schulterblatt und auch an anderen Regionen sich ganz dem Gehör entzieht, an anderen Partien wiederum, so von der 2.—4. Rippe vorne etwas deutlicher zu vernehmen ist. Hier und da hört man auf der linken Lunge Knisterrasseln und feinblasige feuchte Rasselgeräusche, letztere namentlich im unteren Lappen am zahlreichsten vertreten. Auf der rechten Lunge durchweg normales, etwas rauhes lautes Vesiculärathmen, an den untersten Lungenpartien hinten rechts etwa 2 Fingerbreit gleichfalls feinblasiges feuchtes Rasseln. Der Kehlkopf nicht empfindlich gegen Druck, nicht prominirend, die Stimme sonor und klar. Herzactionen gut, normal kräftig, Puls 70—76 in der Minute, fieberhaft, voll, kräftig, rhythmisch, beiderseits gleich. Herzfigur normal, nicht vergrössert. Das Abdomen mässig elastisch, nicht druckempfindlich, von normaler Resistenz. Leber und Milz nicht vergrössert, nicht schmerzhaft. Zunge stark weisslich belegt, Mund rein, Rachenhöhle etwas geröthet. Conjunctivae der Augen gleichfalls etwas geröthet. An der Nase nichts Abnormes, Schnupfen nicht vorhanden. Der Urin ist dunkel (fieberhaft), klar, enthält kein Eiweiss. Husten auffallend wenig, incommodirt Patienten fast garnicht; in einer Stunde kommen höchstens einige leichte Hustenstösse vor, die mit dem objectiven Befunde linkerseits in gar keinem Einklang stehen, um etwas schaumig-eitriges, lufthaltiges Sputum ziemlich leicht zu expectoriren. Temperatur 38,8 in der Achselhöhle. Die Klagen des Patienten beschränken sich auf Schmerzen in der linken Brusthälfte, allgemeine Abgeschlagenheit, Appetitmangel und Schlaflosigkeit seit mehreren Tagen. Der Husten incommodirt garnicht. Nach diesem Befunde hielt ich die Diagnose catarrhalische Pneumonie resp. Bronchitis und Bronchiolitis acuta post Influenzam für ausgemacht und stellte in Anbetracht des ausserordentlich guten Pulses (70—80 Schläge in der Minute), der auffallend leichten und guten Athmung (16—20 in der Minute) eine günstige Prognose. Am folgenden Tage, den 12. December, hielt sich der Zustand des Patienten im Wesentlichen unverändert, Temp. Morg. 38,4, Abends 38,8, Puls 80, Athmung 20. Am 13. December (5. Tag) weist das Sputum einzelne Blutspuren auf; dieser Umstand bestärkte mich noch mehr in der Annahme einer catarrhalischen Pneumonie; die Schmerzen in der linken Brusthälfte etwas stärker, Temp. 39,2 und 39,6, Puls 80—86, Athmung 20—22. Patient schläft sehr wenig, erhält zur Nacht etwas Morphium. Ordination während dieser Tage: Abends Chinin 10—15 Gr., Senfpflaster und Compressen, leichtes expectorirendes Getränk, ausgiebig Milch und Wein. Am 14. Dec. (6. Tag) zeigt die Morgentemp. 40,2, Abends 40,6. Urinuntersuchung giebt ziemlich starken Eiweissgehalt, Puls 80—90, Athmung 20—24. Lungenuntersuchung gab alle diese Tage gering abwechselnde Befunde, rechts waren die Erscheinungen constant, links auch im Allgemeinen unverändert, nur war bald mehr, bald weniger Rasseln zu hören, bald trat das Vesiculärathmen stärker hervor, bald konnte man es fast garnicht wahrnehmen, wie das bei capillären Bronchitiden öfters vorzukommen pflegt. Pat. erhält zur Nacht $^1/_6$ Gran Morphium innerlich. 15. Dec. (7. Tag) Morgens 40,4, Abends 40,2, Puls 86—90, Resp. 24. Der Husten hat fast ganz aufgehört, etwas blutig tingirter Schleim wird bemerkt. Gegen Abend haben sich in den Fussgelenken starke Schmerzen eingestellt, welche bei vollkommener Ruhe im Ganzen wenig empfunden werden, wohl aber bei Lageänderungen und namentlich auf Druck sehr starke Beschwerden hervorrufen. Eine Schwellung an den Fussgelenken ist nicht zu sehen. Die Nacht wird auch trotz Morphium schlecht verbracht.



Am 16. Dec. (8. Tag) Morgens 39,8, Abends 40,2, Puls 90, Athmung 26. Auch die Kniegelenke sind schmerzhaft. An den Sprunggelenken lässt sich eine leichte Schwellung constatiren, sowie colossale Schmerzhaftigkeit, desgleichen bemerkt man an den Sprunggelenken einzelne kopekengrosse, scharlachrothe, erhabene, circumscripte, scharf abgegrenzte Flecke, deren Umgebung etwas infiltrirt ist und so schmerzhaft, dass Pat. schon bei der leisesten Berührung zusammenfährt (Erythema nodosum). Im Laufe des Tages werden nun auch die Handgelenke befallen, desgleichen die Ellenbogen, auch etablirt sich in den Knien eine intraarticuläre Schwellung, ein Exsudat. Pat. erhält Natr. salicyl. und Wein. Auf den Lungen keine wesentliche Aenderung. Der Zustand des Pat. ist im Ganzen immer noch kein eigentlich Besorgniss erregender. Am 17. Dec. (9. Tag) ist der Befund ein viel schlechterer, Temp. 39,5 und 39,4, Puls 100 und 120, Athmung 30 und 40, ausgesprochene Dyspnoe. Die rothen Flecke, ähnlich dem Erythema nodosum, haben sich an den Fussgelenken stark verbreitert, beherrschen die ganze äussere Seite der Gelenke, sind sehr schmerzhaft. Die Schwellung deutlich ausgesprochen, macht den Eindruck eines entzündlichen Oedems. An den Knien sind gleichfalls rothe Flecke aufgetreten, welche knotenförmig die Umgebung überragen, auch findet man jetzt an den Knien eine periarticuläre phlegmonös-ödematöse Schwellung. Auch an den Handgelenken sieht man rothe Flecke mit bedeutender Schwellung und Schmerzhaftigkeit. Der Leib ist meteoristisch aufgetrieben, es meldet sich Ructus. Ol. Ricini schafft einige Stühle, doch keine Erleichterung, der Leib bleibt gespannt. Zunge schmutzig grau belegt, der Kopf ist frei, die Klagen beziehen sich auf zunehmende Schwäche, Athemlosigkeit, Herzklopfen und hauptsächlich auf grosse Schmerzhaftigkeit in den Gelenken. Selbstverständlich flösste mir dieser Zustand jetzt grosse Besorgniss ein, namentlich war es mir jetzt klar, dass wir es hier mit einem eigenartig infectiösen Process zu thun hatten, welcher die Tendenz zeigte, sich rapid zu verschlimmern. Ich consultirte Herrn Prof. Dehio, doch konnten wir über die Natur des Leidens noch nichts Sicheres feststellen, wir waren auf weitere Beobachtung angewiesen. Der schmerzhaften Gelenke wegen erhält Pat. weiter Natr. salicyl., ferner ausgiebig Wein. Die Nacht war eine sehr schlechte, Patient delirirt heftig, die Athemnoth plagt ihn sehr, Hustenreiz ist fast ganz geschwunden. Am Morgen des 18. Dec. (10. Tag) ist die Temp. 39,1, Puls 120, dikrot, überhaupt auffallende Verschlimmerung. Die Schmerzhaftigkeit der Gelenke hat nachgelassen, dafür ist die periarticuläre Schwellung beträchtlicher, das Erythema nodosum wird flacher, die Knoten gehen in diffuse, blaurothe Verfärbungen über, von welchen Stellen, besonders an den Füssen man einzelne röthliche lymphangoitische Streifen sich weiter hinziehen sieht. Im Verlaufe des Tages wird die Nase schmerzhaft; am Nasenrücken bemerkt man eine beginnende Röthung und Verbreiterung des Nasenrückens. Es meldet sich ein schleimig blutig-seröser Ausfluss aus der Nase, welcher, da die Nase gleichzeitig geschwollen und nur schwer zu reinigen ist, beständig in den Schnurrbart hinabrieselt. Abends ist die Schwellung der Nase eine bedeutendere, die Verfärbung ähnlich einem Erysipel. Eine Partie des blutigen Schleimes wird zur näheren Untersuchung in's Veterinärinstitut gesandt. Jetzt mit der Schwellung der Nase war die Diagnose eine sichere, oder zum mindesten sehr wahrscheinliche, wir hatten es mit Rotz zu thun. Pat. delirirt auch Tags über, antwortet auf Fragen noch ganz klar, verabschiedet sich von seiner Umgebung. Abends Temp. 39,4, Puls 120, Athmung 45 in der Minute. Eine Verschlimmerung macht sich jetzt von Stunde zu Stunde bemerkbar. Der erste Herzton wird unrein und undeutlich, Meteorismus sehr stark. Infus. Digital. und stündlich Wein. Die Untersuchung des Nasenschleims, ausgeführt im Veterinärinstitut auf Anordnung des Herrn Prof. Raupach, ergiebt mit Evidenz die Löffler'schen Rotzbacillen. Dieselben sind in grossen Massen vorhanden, andere Mikroorganismen fehlen ganz, der Nasenschleim stellt somit gewissermaassen eine Reincultur von Löffler'schen Rotzbacillen dar. Von diesem Schleim werden sofort Impfungen auf Meerschweinchen und Mäuse ausgeführt. Am 19. Dec. (11. Tag) ist die Temp. 39,9—39,4, Puls 130, aussetzend, Respiration 50, Pat. delirirt beständig, liegt im Ganzen ruhig da. Die Nase und die benachbarte Wangen- und Stirngegend blauroth verfärbt, Hautpartien verdickt, ödematös, schmerzhaft, Augenlider und Conjunctiven desgleichen ödematös. An Hals, Brust und Bauch sind isolirte linsengrosse Pusteln, ähnlich den Ekthymapusteln zu Beginn ihrer Entwickelung aufgetreten. Der grün-gelblich eitrige Inhalt einer Pustel am Halse wird gefärbt und mikroskopisch untersucht, man findet hier ebenfalls Löffler'sche Rotzbacillen in grosser Anzahl. Obgleich der Inhalt rein eitrig, fehlen doch andere Mikroorganismen, Kokken etc. vollständig. Die Rotzbacillen sind auch hier wie in einer Reincultur zu sehen. An den Gelenken hat die bläuliche Färbung, untermischt mit röthlichen Flecken, zugenommen, desgleichen die Schwellung, welche den Charakter eines entzündlichen Oedems an sich trägt. Von den Sprunggelenken sieht man deutlich röthliche Streifen nach oben ziehen (Lymphangoitis). Die Drüsen am Halse und den Leisten deutlich vergrössert und schmerzhaft. Puls Abends unzählbar, aussetzend; auch aus dem Munde fliesst eine blutig-seröse Flüssigkeit. Pat. ist aphonisch, heiser, kann noch schlucken. Zur Nacht wird er soporös, die Zunge hat einen dicken, schmutzigen Belag, ist bläulich angeschwollen: die Mundschleimhaut hat ein missfarbiges Aussehen. Am 20. Dec. (12. Tag) liegt Patient soporös da, pulslos, Athmung 60 in der Minute. Nase, Wangen und obere Stirngegend, Augenlider bläulich roth; ödematös, erysipelatös geschwellt. Die ekthymaartigen Efflorescenzen sind so ziemlich über den ganzen Körper nicht sehr zahlreich verbreitet, auch auf den Extremitäten. Die Verfärbungen an den unteren Extremitäten haben sich noch verbreitert, haben noch ausgesprochener den Charakter eines entzündlichen Oedems mit Phlegmone. Die Fingernägel bläulich, der Leib stark aufgetrieben; Zunge, Mund und Rachenhöhle bläulich gefärbt. Leber und Milz deutlich vergrössert. Am Nachmittage Exitus letalis. Section wurde von den Angehörigen verweigert.

Unser Fall verlief so acut und rapid letal, dass im Ganzen nur wenige Symptome zur Entwickelung gelangen konnten, Die Diagnose ist nicht leicht, namentlich zu Beginn fast unmöglich, wenn sonst keine Anhaltspuncte vorliegen; späterhin ist eine Verwechselung mit Pyämie zu verzeihen. In chronischen Fällen liegt die Gefahr einer Verwechselung mit Syphilis oder Tuberculose nahe. Sichergestellt wird die Diagnose durch den Nachweis der Löffler-Schütz-schen Rotzbacillen. Im vorliegenden Falle war die Infection durch Pneumonia catarrhalis vollkommen cachirt. Die Prognose ist bei acutem Rotz ungünstig, bei chronischem kommen bis 50% Heilungen vor. Beim Menschen ist die Disposition zur Ansteckung nicht in besonders hervorragender Weise ausgesprochen, eine Uebertragung von Mensch auf Mensch gehört zu den grossen Seltenheiten. Natürlich finden sich Ansteckungen vornehmlich bei solchen Berufsclassen, die viel mit Pferden zu thun haben, zu einer solchen gehörte auch unser Patient. Die Dauer des Incubationsstadiums bei Rotz beträgt meist 3—5 Tage, soll aber auch bis Wochen währen können. Beim Menschen wurde der Rotz zum ersten Male sicher nachgewiesen von dem Regimentsarzt Schilling in Berlin im Jahre 1821. Seitdem sind so viele Einzelbeobachtungen am Menschen vorgekommen, dass es sich nicht lohnt, dieselben anzuführen. Die Natur des Rotzgiftes haben neuerdings Löffler und Schütz mit Sicherheit in Bacillen nachgewiesen, Rotzbacillen, die sie in den entzündlichen Producten der Rotzkrankheit erkannten, aus ihnen künstlich züchteten und dann mit Erfolg auf gesunde Thiere übertrugen.

Ich möchte nicht unterlassen zu erwähnen, dass die Impfungen, welche mit dem Nasenschleim des Patienten auf Meerschweinchen und Mäuse gemacht wurden, vollkommen positive Resultate ergaben.

Ein Fall von geheilter Strahlenpilzkrankheit.
(Actinomycosis hominis.)

Von

W. Matlakowski,

Ordinirendem Arzt des Kindes-Jesu-Krankenhauses in Warschau.

Seit dem Nachweis des Strahlenpilzes beim Menschen durch Israel und Ponfick ist im Verlaufe von 6 Jahren die Casuistik dieser höchst interessanten parasitären Krankheit um sehr Vieles reicher geworden; man vermochte nicht nur den Pilz selbst morphologisch zu untersuchen, sondern es haben auch gleichzeitig die Arbeiten der deutschen Autoren über die Pforten, durch welche der Pilz in den menschlichen Organismus eindringt, Licht verbreitet, verschiedene klinische Krankheitsbilder isolirt und endlich eine sehr interessante Thatsache erwiesen, dass neben schweren, unvermeidlich zum Tode führenden Fällen der Actinomycose auch solche existiren, welche unwiderleglich beweisen, dass die Krankheit, früh erkannt, vollständig geheilt werden kann. Auf diesen letzten, sowohl für den Kranken als auch für den praktischen Arzt wichtigsten Umstand will ich nun in dieser kurzen Mittheilung aufmerksam machen.

Schon Partsch, welchem wir einige gewissenhafte Arbeiten über die Actinomycose verdanken, veröffentlichte

im Jahre 1881 zwei Beobachtungen[1]), von welchen es in einem Falle gelang nach dem Aufschneiden, Auskratzen und Ausschneiden der verhärteten Wandungen des Krankheitsherdes, welcher seit 3 Monaten auf der linken Wange bestand, die Heilung per primam zu erzielen; in dem anderen Falle vermochte man zwar nach dem Aussägen des aufsteigenden und der Hälfte des horizontalen Unterkieferastes den Herd, welcher seit einem Jahre bestand, zu entfernen, es bildeten sich aber neue Abscesse, welche, wie er sagt, von selbst aufbrachen und heilten; ob die definitive Genesung erfolgte oder nicht, blieb unbekannt.

Im Jahre 1884 machte E. Müller eine Mittheilung aus der Klinik von Bruns[2]) über einen Studenten der Medicin, dessen Leiden für Periostitis des Unterkiefers in Folge eines schweren Durchbruchs des Weisheitszahnes gehalten, sich als Strahlenpilzkrankheit erwies. Nach dem Aufschneiden, Auskratzen und Drainiren der infiltrirten Partien erfolgte im Verlaufe eines Vierteljahres dauernde Heilung.

Firket[3]) empfiehlt energische chirurgische Behandlung, bestehend im Auskratzen der erweichten Herde und in der Excision der verhärteten Abscesswandungen und der Bildungen, welche, so zu sagen, auf der Grenze zwischen entzündlicher Anschwellung und Neubildung stehen.

Im Jahre 1885 beschrieb Magnussen aus Kiel in seiner Inaugural-Dissertation[4]) vier Fälle von Actinomycose, von denen drei den Hals und die Kiefergegend betrafen. Die Krankheit war in allen diesen Fällen sehr ausgedehnt und lässt sich nicht mit kurzen Worten beschreiben; die Behandlung dauerte 3, 1½ und 3 Monate, bestand in der Incision der Abscesse und Einspritzung von Borsäurelösung (!) oder Sublimat in das ergriffene und infiltrirte Gewebe, und war, wie man im Allgemeinen sagen kann, mehr abwartend als energisch. In zwei Fällen erfolgte eine Besserung und die Kranken verliessen die Klinik ohne neue Herde; im dritten, wo eine Gesichtshälfte ergriffen und ausserdem ein Herd in der Mitte des Halses, bis zum Schlüsselbein reichend, vorhanden war, erfolgte trotzdem die Heilung, welche einige Zeit später (näher nicht angegeben) bestätigt wurde. Am interessantesten ist der vierte Fall. Eine 39jähr. Bäuerin begann seit der letzten Entbindung an Schmerzen in der linken Unterleibsgegend und Krämpfen im linken Bein zu leiden; ein Jahr darauf zeigte sich auf der äusseren Fläche der linken Hüfte, gleich unter der Spina ant. sup. eine fingerbreite Geschwulst, die von Esmarch ausgeschnitten wurde; ein Jahr später Recidiv unter der Narbe und nach hinten von der Spina ant. sup. ein harter, glatter, faustgrosser Tumor. Esmarch enucleirte beide; im späteren Verlaufe ein Abscess in der Lendengegend; Incision, Heilung.

In demselben Jahre veröffentlichte Murphy[5]) zwei sehr interessante Fälle von Actinomycose, welche in Heilung übergingen. Eine 28jährige Frau bekam vor 14 Tagen starke Zahnschmerzen in der linken Unterkieferhälfte; dazu kam bald Halsanschwellung, Schwierigkeit beim Schlukken, Kiefersperre, sowie auch eine Anschwellung hinter dem Kieferwinkel; die linke Mandel ist stark vergrössert; Incision, Heilung; nach Ablauf von 8 Tagen neue Halsanschwellung, Fluctuation; bei der Incision einige Eitertropfen. Als die Gesundheit der Kranken immer mehr darunter litt, machte man einen Einschnitt vom Ohr bis zum Schlüsselbein längs des vorderen Randes des M. sternocleido-mastoideus, schnitt die infiltrirten Partien aus, schlug mit dem Meissel einen Theil des Unterkieferwinkels ab und meisselte nach Entfernung cariöser Zähne die Alveolen aus; die Wunde heilte per primam; dauernde Heilung. Der zweite Fall betrifft einen 18jährigen seit 1½ Jahren kranken Jüngling, bei welchem sich cariöse Zähne und ein eigrosser Tumor unter dem Unterkieferwinkel fanden; Incision, Heilung.

Beide Fälle und besonders der erste hatten, wie wir sehen, einen sehr acuten Verlauf. K. Roser aus Marburg versuchte zuerst zwei Formen der Strahlenpilzkrankheit zu unterscheiden und theilt in seinem Artikel[6]) zwei Beobachtungen von acuter Actinomycose in Form einer acuten Entzündung in der Unterkiefergegend mit. In einem Falle entstand bei einer 50jährigen Frau seit 5 Tagen in acuter Weise ein sehr schmerzhafter Abscess in der linken Unterkiefergegend; nachdem man ihn von aussen und von der Mundhöhle aus eröffnet und drainirt hatte, erfolgte die Heilung unter dem Sublimatverbande im Verlaufe von 10 Tagen. Im zweiten Falle bestanden bei einem 31jähr. Manne seit 4 Wochen Beschwerden beim Schlucken und seit 8 Tagen schmerzhafte Anschwellung im Unterkieferwinkel und hohes Fieber; nach der Incision in 3 Wochen Heilung.

Rotter berichtete auf der Chirurgenversammlung im J. 1886[7]) über 5 Fälle aus der Klinik v. Bergmann's und stellte einen Kranken vor, welcher einen nussgrossen Abscess in der Unterkinngegend hatte; vom Abscess ging ein narbiger Strang zum cariösen rechten Eckzahn; Excision der ganzen infiltrirten Partie (das vorher gemachte Evidement blieb erfolglos) gab dauernde Heilung.

Esmarch erwähnte auf derselben Versammlung 10 von ihm selbst beobachteter Fälle, von denen einer mit dem Tode endigte; ob in anderen die Genesung erfolgte, ist nicht angegeben. Er wandte bei der Behandlung Incision, Auskratzen, Einspritzung von Borsäurelösung und Kälte an.

Partsch[8]) beschrieb im Jahre 1886 8 Fälle von Actinomycose, von denen 6 in Genesung übergingen; in den 2 übrigen war der Process zu weit vorgeschritten (Peritonitis, Darmperforation, amyloide Entartung u. s. w.) In 2 Fällen stellte sich die Actinomycose als ein einzelner Abscess unter dem Kieferwinkel dar, in 2 anderen waren eiternde Fisteln am Halse vorhanden. Aufschneiden, Auskratzen und Excision führten in allen Fällen vollständige Heilung herbei. Auf demselben Wege wurde die Heilung der sich als Abscess präsentirenden Actinomycose der Bauchwand erzielt. Endlich ist der 6. Fall am interessantesten, und wahrscheinlich einzig in seiner Art: im J. 1884 exstirpirte Fischer einem 60jähr. Manne einen exulcerirten Brustdrüsenkrebs und die Axillardrüsen; darauf folgte schlechte Heilung der Wunde, Necrose ihrer Ränder, Eiterung, Transplantation von Epidermisstückchen, — alles das dauerte 3 Monate, worauf die Wunde heilte; 2 Monate später Fisteln und Abscesse in der Narbe und Strahlenpilze im Secret; Excision und Aetzung mit dem Thermocauter; Heilung.

Moosbrugger[9]) theilte 10 Fälle aus der Tübinger Klinik mit; in 6 von diesen, wo die Pilze durch das Zahnfleisch oder durch den Unterkiefer in den Organismus eingedrungen waren, erzielte man ein günstiges Resultat durch frühzeitiges gründliches Entfernen des Inhaltes der Abscesse, sowie auch der Parasiten, welche die Abscesswandungen durchsetzten; die anderen Patienten starben in Folge von Localisation in den Lungen.

[1]) Partsch: Zwei Fälle von Actinomycose. Breslauer ärztliche Zeitschrift № 7; kurz zusammengefasst in Virchow und Hirsch Jahresbericht 1881, I. Bd. pg. 393.

[2]) E. Müller: Ein Fall von geheilter Actinomycose. Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie, Bd. I., pg. 489—493.

[3]) Firket: L'actinomycose de l'homme et des animaux. Revue de médecine. 1884, № IV.

[4]) Magnussen: Beiträge zur Diagnostik und Casuistik der Actinomycose. Inaugural-Diss. Kiel 1885; kurz zusammengefasst im Centralbl. f. Chir. 1885, pg. 313.

[5]) Murphy: Actinomycosis in the human subject; kurz zusammengefasst im Centralblatt f. Chir. 1886, pg. 213.

[6]) Karl Roser: Zwei Fälle von acuter Actinomycose. D. med. Wochenschr. 1886.

[7]) Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1886. XV. Congress.

[8]) Partsch: Einige neue Fälle von Actinomycose des Menschen. Deut. Zeitschrift für Chirurgie. Bd. XXIII, pg. 498.

[9]) Moosbrugger: Ueber die Actinomycose des Menschen. Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. II, pg. 339—395, 1886.

Wenn wir somit die hier aufgezählten Fälle, deren Anzahl, wenn man in der Literatur nachschlagen wollte, wahrscheinlich noch vermehrt werden könnte, als dauernd geheilt betrachten, was jedoch zweifelhaft ist, da die seit der Genesung abgelaufene Zeit zu kurz ist, um viele der erwähnten Kranken als geheilt betrachten zu können, so überzeugen wir uns, dass die grosse Mehrzahl der Fälle, (nur 3 nicht), zu jener Gruppe gehörte, die Firket «Halsgruppe» nennt, oder nach Israel[10]) zur Gruppe, in welcher die Eingangspforte des Contagiums die Mund- und Rachenhöhle war. Die 3 übriggebliebenen Fälle sind: Bauchactinomycose (Eindringen wahrscheinlich durch den Mastdarm), Fall von Magnussen, — Actinomycose der Bauchwand und ferner des Thorax, entstanden durch Ansteckung der Wunde nach der Excision des Brustdrüsenkrebses — Fälle von Partsch. Jene grössere Gruppe der Actinomycose wird durch folgende meine Beobachtung vermehrt:

Stan...ski, Gutsbesitzer, selbst bei der Landwirthschaft thätig, 46 J. alt, stets gesund, bemerkte vor 6 Wochen unter dem rechten Unterkieferwinkel einen runden, etwas verschiebbaren, nicht schmerzhaften Tumor, der ohne Ursache entstanden war. Seit 14 Jahren fallen dem Kranken die Zähne aus, und zwar ohne cariös zu sein; der letzte Zahn im Unterkiefer rechts fiel vor einem Jahre aus. Nach und nach vergrösserte sich der erwähnte Tumor unter dem Unterkiefer, verlor seine scharfen Grenzen und verwandelte sich in eine diffuse Anschwellung. Vor einer Woche qrach ein kleiner Abscess schmerzlos auf, aus welchem sich sehr wenig Eiter ergoss. Im Allgemeinen verursachte das Leiden dem Kranken nicht nur keine Schmerzen sondern auch keine anderen Beschwerden; er hat keine Kiefersperre, keine Beschwerden beim Schlucken der Nahrung, weder jetzt noch früher gehabt.

Status praesens. Der Kranke ist hoch gewachsen, ausgezeichnet genährt, sogar etwas fettleibig; in der Nähe des Abscesses fehlen die Barthaare, welche ausgefallen sind. Nach dem Abrasiren des üppigen Bartes unter dem Unterkieferwinkel, sieht man eine diffuse, undeutliche Erhöhung, auf der die Haut geröthet und an einigen Stellen flach erhaben ist. Diese Stellen entsprechen unbedeutenden Erweichungsherden; an zwei Puncten kleine Oeffnungen durchgebrochener Erweichungsherde. Die Grenze der ergriffenen Partien kann man ziemlich deutlich fühlen; die Infiltration der Haut und des tiefer liegenden Gewebes ist von bedeutender Härte und wird begrenzt: nach oben durch den unteren Unterkieferrand, nach hinten durch den vorderen Rand des Musc. sternocleido-mast., nach vorne durch die Mittellinie und nach unten durch eine horizontale, durch den oberen Schildknorpelrand gehende Linie. Wegen der Grösse des Vorderhalses und wegen der Corpulenz des Kranken ist die ergriffene Partie verhältnissmässig gross. Wenn man die infiltrirten Theile zwischen die Finger nimmt, gelingt es, den ganzen Tumor leicht zu bewegen. Die Sonde geht in die Fistelöffnungen nur sehr oberflächlich hinein, gelangt nirgends bis auf den Knochen und ruft bei leichtester Berührung lebhafte Blutung hervor. Das Secret ist sehr spärlich und eigenartig, durchsichtig, so aussehend, als wenn es kleine Körnchen von gekochtem Sago mit Blutserum enthielte. Der Tumor unterlag, nach den Worten des Kranken, gewissen Veränderungen, ist schon grösser gewesen und lag vorher mehr nach hinten, gegenwärtig erstreckt er sich nach vorne längst des Unterkieferrandes. Die rechten unteren Mahlzähne und der Eckzahn fehlen gänzlich, ihre Stelle nimmt der glatte, schmerzlose mit gesundem Zahnfleisch bedeckte Zahnfortsatz ein. An der Uebergangsstelle der Mundschleimhaut vom Zahnfortsatz auf die rechte Wange fühlt man die Infiltration des horizontalen Astes, an der Uebergangsstelle der Mucosa dieses letzteren auf die Zunge fühlt man auf dem Boden der Mundhöhle keine Veränderungen; dasselbe kann man sagen von den Mandeln und vom Pharynx. Was die inneren Organe anbetrifft, so findet man in denselben nichts Abnormes. Gleich bei der ersten Untersuchung dachte ich an die Möglichkeit der Strahlenpilzkrankheit, deren Pilze am folgenden Tage von Dr. Dunin mikroskopisch nachgewiesen wurden; denselben Verdacht hatte auch Dr. Dunin, welcher den Kranken zu mir geschickt hatte.

Am 5. XII. 1886 machte ich mich daran den Tumor (in der Chloroformnarcose) in toto zu exstirpiren, ähnlich, wie man es mit Neubildungen zu thun pflegt. Bis an den Knochen gehender Schnitt längs des Kieferrandes, zwei andere bogenförmig zusammenlaufende, die Anschwellung zwischen sich fassende Schnitte; in dem auf diese Weise begrenzten Bezirk durchschnitt ich ausser der Haut den unteren Theil des Masseter und je die Hälfte von der Dicke beider Bäuche des M. digastricus mandibulae, weiter den vorderen Theil des oberen Endes des M. sternocleido-mastoid., den M. mylohyoideus, wonach ich die ganze Submaxillardrüse, den unteren Abschnitt der Parotis, so wie auch die die beiden Drüsen vereinigende Brücke der Speicheldrüsensubstanz exstirpirte. Es mussten nun sehr viele Arterien und Venen unterbunden werden, weil diese Theile sehr blutreich waren.

Es blieb eine ausgedehnte, und was noch wichtiger ist, tiefe Wunde mit unebenem Boden zurück, an welchem man die Halsgefässe und den N. sublingualis sehen konnte. Den entstandenen Defect versuchte ich durch Anspannung der Haut und Zusammennähen der Wundränder wenigstens theilweise auszugleichen; die Spannung jedoch war so bedeutend, dass die angezogene Haut bis zur Berührung resp. Verwachsung mit dem dazu noch beweglichen Wundboden (Kehlkopf, Schlund) nicht gebracht werden konnte; die Wundränder gingen theilweise auseinander und es erfolgte die Heilung per granulationem. Einige Tage hindurch fieberte der Kranke, konnte nicht frei schlucken, die meisten Beschwerden jedoch verursachte ihm das Auswerfen eines dicken, im Halse sich ansammelnden Sputums. Einige Tage lang enthielt das Sputum Blutstreifen, obwohl man in den Lungen keine physikalischen Veränderungen nachweisen konnte. Die Kiefer blieben einige Wochen hindurch einander genähert. Nach und nach vergingen die obenerwähnten Symptome und nach der Eliminirung des Unterkieferrandes heilte die Wunde. 2½ Jahre nach der Operation erhielt ich die Nachricht, dass der Kranke vollkommen gesund sei.

[10]) Israel: Klinische Beiträge zur Actinomycose des Menschen; kurz zusammengefasst im Centralblatt für Chirurgie, 1885, pg. 585.

Referate.

L. v. d. Osten-Sacken: Der progressive periphere Puls der Netzhautvenen. Inaug.-Diss. Dorpat 1890. Schnakenburg.

Der Venenpuls der Netzhaut in Gestalt rhythmischer, mit der Herzthätigkeit isochroner Kaliberschwankungen der grossen Venenstämme an ihrem Eintritte in den Sehnerven, ist eine physiologische Erscheinung; zur Erklärung derselben sind verschiedene Momente in Betracht gezogen worden; während die Einen die systolische Erhöhung des Druckes in den Arterien der Netzhaut und eine dadurch bedingte rhythmische Steigerung des intraoculären Druckes für das Zustandekommen des Venenpulses verantwortlich machen, sehen Andere die eigentliche Ursache dieses Phänomens in Druckschwankungen der benachbarten Hirnsinus, besonders des die Vena centralis retinae direct oder indirect aufnehmenden Sinus cavernosus; Verf., der sich der letzteren Anschauung anschliesst, hält ferner den Umstand, dass die Netzhautvene in ihrem intraoculären Verlaufe unter Einfluss des inneren Augendruckes, in ihrem extraoculären Theile aber, jenseits der Lamina cribrosa, unter viel niedrigerem Drucke steht, für ein weiteres wesentliches Moment, das die Entstehung des Venenpulses begünstigt. Eine weitere Ausdehnung der pulsatorischen Kaliberschwankungen in den Netzhautvenen, ausserhalb der Sehnervenpapille nach der Peripherie des Augengrundes hin, ist als eine pathologische Erscheinung anzusehen. Verf. hat sich auf Anregung Prof. Rählmann's zur Aufgabe gemacht, den Einfluss allgemeiner Circulationsstörungen auf das Zustandekommen dieses „progressiven, peripheren" Venenpulses festzustellen; seine Untersuchungen hat er an Patienten mit Herzfehlern (besonders Aorteninsufficienz) und mit Arteriosclerose ausgeführt; die betr. Krankengeschichten sind ausführlich mitgetheilt und tabellarisch zusammengestellt. Es ergab sich, dass in allen Fällen von Aorteninsufficienz mehr oder weniger weit in die Peripherie der Netzhaut reichende Kaliberschwankungen der Venen vorhanden waren, während dieselben bei anderen Herzfehlern fehlten oder doch nur auf den Sehnerveneintritt beschränkt blieben; dass ferner derselbe periphere Venenpuls in der grossen Mehrzahl aller Fälle von Arteriosclerose, bei gleichzeitig sichtbaren phlebosclerotischen Veränderungen der Netzhautvenen wahrgenommen würde. Diesen pathologischen Venenpuls glaubt Verf. dadurch erklären zu müssen, dass die Pulswelle weiter als normal reicht und aus den Arterien durch die Capillaren hindurch in die Venen übergeht. Aehnliche Verhältnisse mögen bei Chlorose und Anämie obwalten, die nur anhangsweise besprochen werden, da eine ausführlichere Arbeit hierüber von anderer Seite in Aussicht steht. Blessig.

Noltenius (Mittheilungen aus dem Ambulatorium des Dr. P. Michelson für Laryngo-Rhinologie in Königsberg): Die blutstillende Wirkung der Penghawarwatte. (Therap. Monatsh. III.).

Das seit 1843 in Europa eingeführte Penghawar Djambi besteht aus den goldgelben seidenglänzenden Spreuhaaren der Wedelbasen mehrerer auf Java und Sumatra wachsender Farne und wurde eine Zeit lang mit Erfolg gegen parenchymatöse Blutungen angewandt. Dr. Michelson vermengte dasselbe, weil es sehr kurze Fasern hat und keinen ordentlichen Tampon bildet, mit gewöhnlicher, nicht entfetteter Watte und bezog die etwas rauhe Oberfläche der daraus geformten Bäusche mit einer dünnen Schicht von Wundwatte. Aus vielfachen Versuchen ergab sich, dass der aus Penghawarwatte hergestellte Tampon im Gegensatze zu dem aus Wundwatte gemachten sich mit Blut nicht vollständig vollsaugt, dabei, seine Elasticität behaltend, einen gleichmässigen Druck auf die blutende Fläche ausübt und keine Nachblutungen aufkommen lässt, mithin warm zu empfehlen ist. Hinze.



Bücheranzeigen und Besprechungen.

A. Wilhelmi: Bleichsucht und Aderlass. Güstrow 1890. Verlag von Opitz & Co.

Seit längerer Zeit werden vom Oberstabsarzt Dyes in Hannover gegen die verschiedensten Krankheiten, unter anderen auch gegen Bleichsucht und Blutarmuth, dringendst kleine Aderlässe empfohlen. Die reclamenhafte Ankündigung seiner Erfolge, die leichtsinnigen und mit allen physiologischen Anschauungen in Widerspruch stehenden theoretischen Erklärungen über die Wirkungsweise der Aderlässe haben die Dyes'schen Angaben von vornherein in Misscredit gebracht. W. hat trotzdem in einem Falle hochgradiger Anämie, der trotz aller therapeutischen Maassnahmen dem Untergang entgegenging, den Versuch gemacht, Aderlässe nach Dyes' Angaben zu machen, und zwar mit so überraschendem Erfolge, dass er das Verfahren weitergeprüft und im Ganzen bei 30 Patienten angewandt hat. Verf. theilt die genauen Krankengeschichten mit. Zum Theil handelte es sich um Fälle, bei denen alle übrigen Behandlungsmethoden fehlgeschlagen hatten, zum Theil hat W. von vornherein die kleinen Blutentziehungen gemacht und immer, selbst in den allerschwersten Fällen, Erfolg, allermeist sogar dauernde Heilung erzielt. Um klar urtheilen zu können, hat W. ausser den Aderlässen nichts weiter angewandt. — Die Menge des entleerten Blutes betrug nur 50 bis 100 Grm. Wesentlich ist, dass der Aderlass an der im Bett liegenden Kranken vorgenommen wird und dass das Bett nicht vor dem nächsten Tage verlassen wird; ferner dass der danach auftretende Schweiss durch warme Bedeckung und Zufuhr warmen Getränkes unterstützt wird. Bei starken Menstrualblutungen soll der Aderlass 2 Tage vor, bei schwachen 2 Tage nach der Periode vorgenommen werden.

Das allen Krankengeschichten Gemeinsame lässt sich wie folgt zusammenfassen: Das Krankheitsbild war meist ganz typisch: hochgradige Blässe, Herzklopfen, Athemnoth, Mattigkeit, üble Stimmung, Verzagtheit, Kopfschmerzen, Schwindel, Ohnmachten, schlechter Schlaf, Kältegefühl, kalte Hände und Füsse, dyspeptische Erscheinungen, Stuhlverstopfung, mangelhafte Hautthätigkeit, Ausfallen der Haare, Oedem der Unterextremitäten, Abnahme des Körpergewichts. Der Gehalt des Blutes an Farbstoff herabgesetzt (11—4% statt der normalen 13%). Die Hämoglobinbestimmungen sind mit Hénocque's Hämatoskop gemacht worden. Die Wirkung des Aderlasses tritt sofort auf: Wärmegefühl, Schweissausbruch und erquickender Schlaf sind die nächsten Folgen; auch der Appetit und Stuhlgang bessert sich sofort. Damit sind denn auch die subjectiven Beschwerden oft wie mit einem Schlage beseitigt. Die Besserung schreitet schnell fort, oft bis zu völliger Heilung. Namentlich ist die Zunahme des Blutfarbstoffes und des Körpergewichts bemerkenswerth. Zuweilen nahm der Blutfarbstoff nur sehr langsam zu, obgleich alle Beschwerden gleich schwanden. Nachträgliche Wiederabnahme des Körpergewichts ist einige Mal ohne Schaden für die Kranken bemerkt worden. — Bleiben noch einige Beschwerden zurück oder tritt wieder eine Verschlimmerung ein, so genügt in der Regel eine nach einigen Wochen vorgenommene Wiederholung der Venäsection zur dauernden Heilung. Abweichungen von diesem typischen Verlauf der Venäsection kommen selten vor. Gänzliche Misserfolge hat Verf. bisher nicht beobachtet. Nur einmal trat ein völliges Recidiv auf, doch weigerte sich Pat., einen zweiten Aderlass machen zu lassen. — Von einer theoretischen Erklärung dieser günstigen Erfolge sieht Verf. vorläufig ab. Da in vielen Fällen schon alle üblichen Behandlungsmethoden erfolglos angewandt worden waren und W. deshalb keinerlei andere Verordnungen gemacht hat, so muss der Einwand, dass die Venäsection nur eine Art „Decoration“ für eine diätetische oder andere Therapie gewesen sei, zurückgewiesen werden. Ebenso ist es nicht möglich, die Erfolge auf Suggestion zurückzuführen; denn W. hat im Anfang weder selbst irgend welches Vertrauen in die Cur gesetzt, noch den Pat. bestimmte Versprechungen gemacht, im Gegentheil ausdrücklich hervorgehoben, dass es sich bloss um einen Versuch handle, der nicht einmal wissenschaftlich begründet oder gerechtfertigt werden könne. Auch um „Autosuggestion“ kann es sich nicht handeln, da die Pat. nach den Auseinandersetzungen ... meist keine Erwartungen auf Erfolg hatten, andererseits gerade in zwei Fällen, wo die (hysterischen) Kranken grosses Vertrauen zu der Procedur hegten, dieselbe ganz wirkungslos blieb.

Verf. kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1) Es giebt eine grosse Zahl von „Bleichsüchtigen“, bei denen die Anwendung der verschiedensten Stahlpräparate nutzlos sich erweist.

2) Für mindestens eine ganz beträchtliche Anzahl dieser Kranken haben wir in kleinen Blutentziehungen durch Aderlass ein schnelles und sicheres Heilmittel.

3) Die günstige Wirkung dieser Blutentziehung ist in den meisten Fällen eine geradezu plötzliche, in anderen eine mehrmalige; nicht selten ist eine Wiederholung des Eingriffes nothwendig.

4) Auch bei solchen Bleichsüchtigen, die bisher noch kein Ferrum genommen hatten, empfiehlt sich bei besonders hochgradigen Beschwerden und bei erheblicher Herabsetzung des Hämoglobingehaltes die Vornahme eines Aderlasses.

5) Ueber die Häufigkeit etwaiger Recidive lässt sich mit Sicherheit bisher noch nichts sagen, da eine über mehr als ein Jahr betragende Beobachtungszeit nur bei den allerersten Fällen vorliegt. Hier hat allerdings die Heilwirkung des Aderlasses als eine dauernde sich erwiesen.

6) Bei hysterischen und symptomatischen Anämien ist die Wirkung des Aderlasses, wie es scheint, entweder nur vorübergehend oder = 0.

7) Die Venäsection muss an den im Bett liegenden Kranken vorgenommen und der nachfolgende Schweiss abgewartet, resp. durch stärkere Bedeckung und Zufuhr warmen Getränkes unterstützt werden.

8) In der Regel wird die Entnahme eines Blutquantums von 80—100 Grm. genügen.

9) Vielleicht wird der Aderlass am besten um die Zeit der Periode ausgeführt (Dyes: um den Termin der natürlichen Blutung nicht zu stören) und zwar bei starken Blutungen 2—3 Tage vor dem zu erwartenden Eintritt, bei schwächeren Blutungen 2 Tage nach Aufhören derselben. Bei unregelmässigen Menstrualblutungen oder wenn solche überhaupt noch nicht stattgefunden haben, kann selbstverständlich zu jeder beliebigen Zeit zur Blutentziehung geschritten werden.

10) Etwaige Wiederholungen wird man in Zwischenräumen von 4 oder 8 Wochen vornehmen.

Wanach.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 7. Februar 1890.

1) Dr. Schultz referirt „über einen plötzlichen Todesfall in Folge von Ruptur der Aorta“.

D. G., 68 Jahre alt, früher Schiffscapitain, stets gesund, war, nachdem er eine schwere Influenza durchgemacht, am 6. Februar c. auf Citation beim Districtspristav erschienen, wo er nach Empfang einer ihn freudig erregenden Nachricht plötzlich zusammenbrach und in kurzer Zeit verstarb. *Section* am 7. Febr. 3 Uhr Nachmittags.

Leiche eines übermittelgrossen, gut genährten Mannes. Hautdecken blass. In der *Schädelhöhle* wurde constatirt: Hyperämie der Sinus, starkes Oedem der Pia und seröse Durchfeuchtung der — blassen — Hirnsubstanz. Sclerose der Arterien an der Basis, bis zu den Artt. foss. Sylvii. *Brusthöhle*: Lungen frei, ödematös. Schleimhaut der Luftwege stark injicirt, mit feinblasigem blutigem Schaum bedeckt. *Herzbeutel* voll dunkler frischer Blutgerinnsel, daneben etwas flüssiges dunkles Blut. Herz stark mit Fett bewachsen. Ostien für 2 Finger bequem durchgängig. In den Herzkammern etwas flüssiges Blut, an den Sehnenfäden kleine dunkle Gerinnsel. Maasse: 12, 13, 5. Muskel schlaff, von graubrauner Farbe, Faserung deutlich, dazwischen zahlreiche, bis erbsengrosse Fettflecken. Endocard glatt, stellenweise bis erbsengrosse hellgelbe Flecken. Pulmonal- und Aortenklappen, auch Mitralis zart. Der freie Rand der Tricuspidalis verdickt. — Im Sulcus transversalis, am rechten Insertionsrande der Aorta eine quergestellte Oeffnung von 1—2 Mm. Breite und 6—7 Mm. Länge, ihre Ränder stark gefranst, sugillirt. In der Aorta ascendens ein Querriss durch alle Schichten des Arterienrohres bis in die Bindegewebsschicht unter dem pericardialen Ueberzug. Der Riss beginnt 3,5 Ctm. über der Stelle, an welcher die laterale und hintere Klappe zusammenstossen, geht nach rechts und abwärts und nähert sich bis auf 1,5 Ctm. der Stelle, an welcher laterale und vordere Klappe inseriren, um dann, wieder aufsteigend und das Lumen der Aorta umfassend, etwa 1 Ctm. über seinem Anfange zu enden. Die Ränder sind vollkommen scharf, unterminirt, das zu Tage tretende Bindegewebe stark sugillirt, die Sugillationen bis 4 Mm. stark, erstrecken sich zu beiden Seiten des Risses weit nach aufwärts zwischen Aorta und Pulmonalis hinein, nach abwärts bis an den Sulcus transversalis, in grossen dunkelrothen Flecken durch den pericardialen Ueberzug durchscheinend. Von der Rissstelle über der lateralen Klappe gelangt man durch vorsichtiges Sondiren in einen Gang, der zu dem oben beschriebenen Einriss an der Insertion der Aorta führt. Die Länge des Ganges etwa 3 Ctm. Lumen der Aorta in der Höhe der Klappen 9 Ctm., 3 Ctm. höher 11 Ctm., ihre Intima glatt, von normaler hellgelber Farbe, mit vereinzelten weissen, bis erbsengrossen Flecken, die aber vollkommen weich sind und nirgend an den Riss hinantreten. Bereits im Aortenbogen finden sich derbere, in das Lumen hineinragende, flache sclerotische Ablagerungen, die im absteigenden Theil immer dichter auftreten, um schliesslich im Lendentheil als starre, schalenförmige bis wallnussgrosse Platten zu erscheinen. Intima überall heil. — Von den Sectionsergebnissen der Bauchhöhle wären noch zu erwähnen: Milz 14, 8, $3^1/_2$, mit ausdrückbarer Pulpa. Mit zahlreichen Cysten — eine hühnereigross — durchsetzte Nieren, angehende Fettleber 30. 22, 20, 7. Leichter chronischer Magencatarrh.

Auffallend ist die Ruptur an der dem äusseren Ansehen nach gesundesten Stelle des sonst hochgradig erkrankten Arterienrohres.

(Demonstration des Präparates).



2) Dr. Carlblom: „Dermatologisches". Angeregt durch eine Arbeit Dr. Eichhoff's: „Ueber Seifen" (Unna'sche Monatshefte. Ergänzungsheft I, 1889) hat Vortr. sich veranlasst gesehen, die nach Angabe des Autors verfertigten sog. überfetteten medicinischen Seifen sich zu beschaffen. Die allerdings noch geringe Anzahl der Beobachtungen ermuthigen zur Empfehlung dieser Seifen. Gegenüber Pflastern, Salben, Pasten ist die Application weit bequemer und namentlich viel billiger. Die Methode der Anwendung kann eine vierfache sein: 1) Die mit warmem Wasser zum Schäumen gebrachte Seife wird auf der Haut verrieben und bald wieder abgespült. 2) Der aufgeriebene Schaum wird mit trockenen Tüchern fortgewischt. 3) Dick aufgetragener Seifenschaum wird in die Haut eintrocknen gelassen. 4) Letztere Anwendung wird noch in der Wirkung verstärkt durch Fixirung des Schaumes mit einer wasserdichten Bedeckung. — Von einer hygienisch guten Seife muss verlangt werden, dass sie nicht chemisch, sondern nur mechanisch auf die Haut wirkt, sie darf vor allen Dingen kein freies Alkali besitzen, da durch solches die Haut ihres normalen Fettgehaltes beraubt, leicht rissig, „gesprungen", wird. Die Herstellung eines neutralen Grundseifenkörpers ist daher durchaus erforderlich, so schwierig und kostspielig auch ein derartiges Verfahren gegenüber den bisherigen landläuflich üblichen Methoden auch sei, ganz abgesehen von den zahlreichen Fälschungen der Seifen mit Harz, Wasserglas, Kreide, Stärke etc. Liebreich und, unabhängig von ihm, Unna ist es gelungen neutrale Seifen herzustellen. Eichhoff nun hat es verstanden der sog. überfetteten neutralen Grundseife Unna's verschiedene, für die Dermatotherapie überaus werthvolle Medicamente einzuverleiben. Die Haltbarkeit dieser Seifen hat sich vorzüglich bewährt. Er verfügt zunächst über:

1. Ueberfettete Resorcinsalicylseife.
2. „ Salicylresorcinschwefelseife.
3. „ Salicylresorcinschwefeltheerseife.
4. „ Chininseife.
5. „ Hydroxylaminseife.
6. „ Jodoformseife.
7. „ Kreolinseife.
8. „ Ergotinseife.
9. „ Jodseife.
10. „ Salicylkreosotseife.

ad 1. Anwendung bei Hautkrankheiten, welche parasitären Ursprungs sind und zugleich mit einer Hyperplasie der Epidermis einhergehen: parasitäre, sog. seborrhoische Eczeme, ferner Psoriasis, Acne, Ichthyosis.

ad 2 und 3. Gleiche Indication wie bei 1, jedoch nur bei mehr chronischen Hautentzündungen, bei tieferen Hypertrophien, bei Schuppenbildungen. Namentlich wird 3 bei Psoriasis vulg. gerühmt. — 1, 2 und 3 sehr empfehlenswerth bei Favus und Herpes tonsurans. — ad 4. Hauptanwendung bei Pityriasis versicolor. Ferner bei intertriginösen Eczemen der Kinder mit nachfolgenden indifferenten Streupulvern. — ad 5. Stark reducirende Wirkung der 3% Seife. Toxische Eigenschaften nicht beobachtet. In den ersten Tagen meist Klagen über brennenden Schmerz. Anwendung bei Lupus, Herpes tonsurans, bei alten Psoriasis- und Eczemfällen, eventuell auch bei Lepra und Lues. — ad 6. Trotz der 5% Jodoformmenge soll der Geruch wenig zur Geltung kommen. Gynäkologen und Chirurgen empfohlen, etwa nach dem Gebrauch von Sublimatlösung. Gute Dienste als Reinigungs- und Erregungsmittel schlaffer Geschwüre. — ad 7. Gegen Scabies, Impetigo contagiosa, ferner Intertrigo und Fussschweisse. Der Schaum wird mehrere Male des Tages fest eingerieben. — ad 8. Bei reiner (nicht Stauungs-) Rosacea, bei Frostbeulen, bei hyperämischen Narbenflächen irgend welcher Art. — ad 9. Als Resorbens angewandt bei Struma, oberflächlichen Drüsentumoren, ferner als Antiparasiticum, so bei Herpes tonsurans, Pityriasis versicolor, Psoriasis etc. Der heftigen Reizwirkung wegen ist das Mittel mitunter auszusetzen und ein Puder von Zincamylum anzuwenden. — ad 10. Ausgezeichnete Dienste bei Lupus, entweder bloss in Form von Waschungen, in stärkerer Form mit Bedeckung (im Gesicht Maske) oder alternirend mit chirurgischer Behandlung.

Dr. Hach ist in einem Falle von lange bestehendem Favus mit der überfetteten Resorcinsalicylseife sehr zufrieden gewesen. Der den Aerzten empfohlenen Jodoformseife haftet ein starker Geruch an. Die bei einigen alten Exsudaten angewandte Jodseife brachte in einem Falle eine intensive Röthung der Haut zu Wege, über eine resorbirende Wirkung kann nichts berichtet werden.

Dr. Wolferz erscheinen a priori diese neuen Seifen sehr empfehlenswerth, darauf hinweisend, wie unangenehme Nebenwirkungen vielen in den gewöhnlichen Fabriken hergestellten Seifen anhafte, die in medicamentöser Beziehung von gewisser Bedeutung sind. So enthält die hier käufliche sog. „grüne Seife" durch ihren hohen Zusatz von Wasserglas bedeutende Mengen von freiem Alkali und wirkt hierdurch reizend.

Dr. Deubner ist der Ansicht, dass die 3% Hydroxylaminseife viel zu stark wirken müsse, er habe bei der 1‰ spirituösen Lösung schon sehr scharfe Reizwirkung wahrgenommen.

Sitzung am 7. März 1890.

1) Dr. Neuenkirchen (als Gast): „Ein Fall von chylösem Erguss in die rechte Pleurahöhle". (Der Vortrag wird in d[...] Berl. klin. Wochenschrift zum Abdruck gelangen).

Dr. Hampeln, in dessen Beobachtung Pat. sich zur Zeit [...] findet, berichtet, dass es derselben recht gut gehe. Einen [...]fluenza-Anfall hat sie anstandslos vertragen. Pat. kann sich f[...] bewegen, nur muss sie der sonst leicht eintretenden Athemn[...] wegen sich vor Anstrengung hüten. Im rechten Pleuraraum st[...] die nämliche Flüssigkeit. — Dr. H. betont die Seltenheit [...] Falles, welcher wohl der erste beschriebene ist mit derartige[...] relativ günstigem Verlauf.

2) Dr. Laurentz referirt über folgende Krankengeschichte: Israel E., 16 a. n., trat im Sept. 88 in's allgemeine Krankenhaus. Stets gesund gewesen bis auf Scharlach in den ersten Lebensjahren. Seit 9 Monaten progressiver Kräfteverfall. Die Untersuchung ergab bräunliche Hautfarbe, Herz und Lungen normal, aufgetriebener, gespannter Leib, Milz und Leber vergrössert. 4 Fingerbreit unter dem rechten Rippenbogen in der Mammillarlinie ein faustgrosser Tumor. Im Urin reichlich Albumin, hyaline Cylinder. Keine Oedeme. Stuhl regelmässig. Dabei bestand Appetitlosigkeit, öfters Uebelkeit, Schmerzen im ganzen Körper, Herzklopfen. Die Abmagerung schritt fort, Oedeme und Ascites stellten sich ein. Pat. machte den Eindruck eines an Malariacachexie laborirenden. Malariaanfälle wurden im Uebrigen bestritten. — Am 1. December 88 trat Pat. fast moribund in Dr. Laurentz's Behandlung. Tumor im Abdomen faustgross, etwas verschieblich. Seit einer Woche Obstipation, heftige Koliken. Den 3. Dec. plötzlich sehr schmerzhafter Stuhl, mit dem ein etwa faustgrosser, steinharter, runder Gegenstand zu Tage gefördert wird. Gewicht desselben ¼ ℔. Nach Durchsägung und Aufweichen der einen Hälfte in Wasser erweist sich der Tumor als zusammengebackener, feingeschnittener Papyrostabak. Ueber das Hineingelangen des Tabaks in den Darm befragt, erzählt Pat. schliesslich, dass er als Papyrosstopfer einstmals bei einem unvermutheten Besuche des Accisebeamten das auf dem Tische befindliche Stopfmaterial verschlungen habe, um bei dem verbotenen Gewerbe nicht betroffen zu werden. Seit dieser Zeit datirten sich die Beschwerden. — Trotz der nach dem Abgang des Tabaksteines (der bisherige Tumor im Leibe war nicht mehr zu fühlen) eingetretenen Euphorie trat 10 Tage hernach der Tod durch Erschöpfung ein.

Dr. Hampeln wirft die Frage auf, ob der Tabakstein die Ursache des eigenthümlichen Krankheitsbildes gewesen oder ob etwa daneben noch eine andere Krankheit bestanden. Auf ihn machte Pat., aus einer Malariagegend (Kowno) stammend, den Eindruck eines an schwerer Malariacachexie leidenden. Die für die Entscheidung dieser Frage nothwendige Section konnte leider nicht ausgeführt werden.

3) Dr. Mercklin weist einen silbernen Theelöffel vor, der, von einem Geisteskranken verschluckt, nach 82 Stunden, ohne irgend welche Beschwerden zu verursachen, per anum abging. Kein Abführmittel. — Ein derartiges Vorkommniss ist in der psychiatrischen Literatur durch eine zahlreiche Casuistik vertreten. Das Eigenthümliche des mitgetheilten Falles besteht in dem Mangel jeglicher Beschwerden.

z. Z. Secretär: Dr. Bernsdorff.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— In der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 30. Mai 1890 sprach Prof. L. Mauthner: *Ueber die Physiologie und Pathologie des Schlafes nebst Bemerkungen über die „Nona"*. Alle bisher bekannten, mit Schlafsucht verbundenen chronischen Affectionen, die endemische Schlafkrankheit der Neger, die Maladie de Gayet, die Maladie de Gerlier (vertige paralysant) und Attaque du sommeil der Hysterischen haben ein markantes Herdsymptom gemeinsam: Ptosis und Augenmuskellähmung. [...] von der tropischen Schlafkrankheit ist Vortr. nichts Sicheres bekannt. Acute, hierher gehörige Krankheitsfälle sind repräsentirt durch: 1) die Wernicke'sche Krankheit (Augenmuskellähmungen, taumelnder Gang und Somnolenz von Anfang an, oder ein Schlussstadium von Somnolenz nach vorhergegangener Agitation), 2) den ungebührlich langen Rauschschlaf und 3) die Nona. — Der Sectionsbefund Gayet's und die Befunde Wernicke's, Thomson's und Koshewnikow's sprechen dafür, dass das Wesen sowohl der chronischen, als auch der acuten Schlafkrankheit eine Polioencephalitis superior sei. Die Entzündung des centralen Höhlengraues des dritten Ventrikels, der grauen Wandungen des Aquaeductus Sylvii und des grauen Bodens des 4. Ventrikels setzt allgemeine Apathie und Abgeschlagenheit, höchste Muskelschwäche, bei höherer Entwickelung schwere Somnolenz; durch Uebergreifen des Processes auf die, in der grauen Substanz eingebetteten Nervenkerne tritt das Herdsymptom der Augenmuskellähmung auf. Die Sectionen ergaben nur eine mehr oder weniger intensive Röthung der Wandungen des 3. Ventrikels oder des Aquaeductus Sylvii. Hierauf basirt M. seine *Theorie des physiologischen Schlafes,* welchen er als Ermüdungserscheinung des centralen Höhlengraues auffasst, wobei sowohl die centripetale Nervenleitung zur, als auch die centrifugale Leitung von der Hirnrinde unterbrochen wird. Die Sinnesreize gelangen bei normaler Function der Sinnesorgane und der Hirnrindenzellen (Tra[...]

XV. JAHRGANG. **St. Petersburger** Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,
St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 27 St. Petersburg, 7. (19.) Juli **1890**

Zweiter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte

in Wenden vom 27.—29. August 1890.

Entsprechend dem mehrfach laut gewordenen Wunsche ist

der Anmeldungstermin

für die Vorträge **bis zum 15. Juli c.** verlängert worden.

Die Herren Collegen werden ersucht, die Themata an die Adresse des Unterzeichneten einzusenden.

Im Namen des Vorstandes:
Dr. H. Truhart — Fellin.

Ueber die antibacterielle Wirkung der Anilinfarben (Pyoctanin Merk's).

Von
Dr. O. Petersen,
St. Petersburg.

Im Verlaufe des letzten Decennium ist eine solche Menge verschiedener neuer Mittel in Vorschlag gebracht worden, dass man kaum die Zeit und Möglichkeit findet, alle neuen Mittel selbst zu prüfen; nicht selten haben sie auch schon wieder ihre Rolle ausgespielt, bevor man noch Zeit gefunden sie anzuwenden. Dabei kann man folgende, sich häufig wiederholende Beobachtung machen: Es erscheint eine kurze Mittheilung über ein neues Mittel, wobei auf Grund einiger Experimente und 4—5 Krankheitsfällen dem neuen Mittel ganz eminente Bedeutung zugesprochen wird. In einem bald folgenden zweiten Artikel eines anderen Autors werden die vorzügliche Wirkung und bedeutenden Eigenschaften des neuen Mittels vollauf bestätigt. Der 3. Autor ist schon weniger enthusiasmirt, nennt die Wirkung wohl noch eine günstige, jedoch hat das Mittel in einigen Fällen versagt. Dann erscheint eine neue Arbeit, die über einen Vergiftungsfall mit dem neuen Mittel berichtet und vor demselben warnt. Nun hat es keinen Reiz mehr über dieses Mittel zu «schreiben» und bald ist das «neue Mittel» der Vergessenheit anheimgefallen, ein noch «neueres» hat ihm das Tagesinteresse geraubt. Aus diesen Gründen kommt die Mehrzahl der objectiven Aerzte zu einem gewissen Scepticismus gegenüber den vielen neuen Mitteln und zwar ist man um so misstrauischer, je mehr das neue Mittel in der ersten Beschreibung gelobt und empfohlen wird.

Derartige Gedanken drängten sich mir unwillkürlich auf, als ich kürzlich die Broschüre Prof. Stilling's[1]) zu lesen begann und zwar war ich a priori um so misstrauischer gegen die Anilinfarben, als die unglückliche Anilin-Behandlung der Tuberculose (Kremjanski) noch frisch im Gedächtniss und andererseits nicht selten gerade von Intoxitionen durch mit Anilinfarbstoffen gefärbte Kleidungsstücke zu hören war.

Wohl kaum hätte ich mich zu Versuchen mit den Anilinfarben gewandt, wenn nicht der Name Stilling's, wie mir wohlbekannt, unter den Ophthalmologen einen guten Klang hätte und Vieles in seiner Schrift auf ernste Stellungnahme zur Sache hinwiese. Ich sagte mir: wenn auch nur der dritte Theil der mitgetheilten Erfolge bei meinen Versuchen eintrifft, so ist immer schon viel erreicht, und ging an die Arbeit.

Da die Arbeit Stilling's in № 18 dieser Wochenschrift ausführlich referirt ist, verweise ich darauf und wende mich zur Mittheilung meiner Beobachtungen. Dank der Liebenswürdigkeit des Herrn Merk verfügte ich über:

1) Stifte aus gelbem und violettem Anilinfarbstoff per se,
2) Streupulver mit Talk (2 % Pyoctanin),
3) Lösungen zu 1 : 2000, 1—2 : 1000 und 1 : 100.

Die therapeutischen Versuche wurden theils in meiner Ambulanz am Klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna, theils in meiner stationären Klinik am städt. Alexanderhospital, sowie in meiner Privatpraxis angestellt.

Bisher wurden 48 Patienten mit verschiedenen Affectionen bacterieller Herkunft mit Pyoctanin behandelt und zwar:

Ulcera mollia	20
Ulcera indurata	8
Ozaena syphilitica	4
Ulcera gummosa palati	2
» » pharyngis	1
» » cruris	1
» » natium	1
Ecthyma syphiliticum	1
Keratitis	3
Keratitis et Iridocyclitis	1
Ophthalmoblennorrhoea	1
Conjunctivitis	1
Schnittwunden (nach Circumcision)	4
	48

[1]) Anilin-Farbstoffe als Antiseptica und ihre Anwendung in der Praxis. Strassburg 1890.

Am nächsten lag es mir, als Syphilidologen, das Mittel in allen denjenigen Fällen zu versuchen, wo wir bisher auf das Jodoform angewiesen waren. Bisher waren leider alle meine Bemühungen ein Mittel zu finden, welches das Jodoform ersetzen könnte, erfolglos. So gut aber das Jodoform sonst wirkt, so hat es den argen Nachtheil des üblen Geruches, der seine Anwendung in der Privatpraxis oft unmöglich macht. Auch in meinem Hospitalverbandzimmer, wo nicht selten an einem Tage bis 50 Verbände gemacht werden, ist der Geruch äusserst störend. Jetzt, wo wir Pyoctanin anwenden, ist die Luft in demselben wieder vollkommen rein. Ich will den Leser nicht mit Krankengeschichten ermüden und daher nur einige charakteristische Fälle kurz wiedergeben:

I. Fall. 25jähriger Patient, bekam vor 8 Tagen ein Ulcus molle, welches bei der Aufnahme die ganze Gegend des zerrissenen Frenulum einnimmt. Charakteristischer speckiger Boden und unterminirte Ränder.

Das Geschwür wird mit dem violetten Pyoctaninstift bestrichen, wobei es sofort eine tiefviolette Färbung annimmt, ohne dass Pat. über Schmerzen klagt. Auf das Geschwür wird ein Stück weissen Mulles und etwas Watte gelegt und mit einer Mullbinde fixirt. Beim Verbandwechsel am folgenden Tage fast kein Eiter am Verbande, die violette Färbung fast geschwunden, die Wunde reiner und trockener. Am 3. Tage das Geschwür rein, granulirend mit beginnender Randvernarbung. Heilung in 10 Tagen.

II. Fall. Pat. mit 3 linsen- bis erbsengrossen Ulcera mollia (seit 5 Tagen bestehend). Nach Bestreichen mit gelbem Pyoctaninstift — Heilung in 3 resp. 6 Tagen.

III. Fall. 35jähriger Patient, trat vor 3 Monaten mit serpiginösen Ulcera mollia der Haut des Präputium und der Pars pendula ins Hospital. Trotz Ecochleation, die allerdings wegen Unruhe des Patienten nicht vollkommen ausreichend war (chloroformirt konnte er nicht werden), trotz Thermocauter und Jodpinselungen heilten die Wunden nur äusserst langsam und bildeten sich neue Herde, so unter Anderen übertrug sich das Leiden auf die Unterlippe. Namentlich letztere Wunde heilte schwer, da Pat., trotz strengen Verbotes, viel rauchte. Erst als Pyoctanin (2 : 1000) täglich zur Bestreuung angewandt wurde, heilte der Rest der Wunde in 5 Tagen.

IV. Fall. 30jähriger Patient der Ambulanz. Seit 8 Tagen zwei Ulcera mollia von der Grösse einer Linse und der eines Nagels des kleinen Fingers am inneren Blatte der Vorhaut. Das kleine Geschwür heilte nach zweimaligem Bestreuen mit gelbem Pyoctanin-Pulver. Das grössere reinigte sich in 3 Tagen und war in 10 Tagen verheilt. Dieser Fall demonstrirte deutlich den Vorzug des Pyoctanin vor dem Jodoform, denn Pat. konnte die ganze Zeit über ungestört seinem Beruf in einer Zeitungsredaction nachgehen, ohne dass seine Umgebung etwas von seinem Leiden bemerkte, wie dies beim Jodoform leicht geschieht.

Das Resultat meiner Versuche ist, dass ich schon heute trotz der relativ kleinen Zahl von 20 Fällen sagen kann: Pyoctanin wirkt nicht schlechter als Jodoform bei Ulcus molle und hat den Vorzug der Geruchlosigkeit. Bei Ulcus molle wurden sowohl der Stift, wie auch Streupulver und Lösung verwandt, in Zukunft gedenke ich jedoch nur 1 % Lösungen zu verwenden. *Aristol* und *Bismuthum jodatum*, mit welchen Mitteln ich ebenfalls eine Reihe von Versuchen angestellt, wirkten viel schwächer als Pyoctanin und erwiesen sich beim Ulcus molle als unbrauchbar.

Hier sei gleich hinzugefügt, dass man die Patienten beim Verschreiben des Mittels (wenn sie selbst das Bepinseln vornehmen sollen) zur Vorsicht bezüglich Befleckung der Hände mahnen muss. In letzter Zeit verschreibe ich jedem Ambulanzpatienten gleichzeitig mit der Pyoctaninlösung ein zweites Fläschchen mit Acid. muriat. dilutum. Sobald er einen Fleck auf Wäsche oder Hände bekommen hat, braucht er denselben nur mit einem Wattebäuschchen in Acid. muriat. getränkt, zu reiben und der Fleck schwindet sofort. Wegen der Intensität der Färbekraft halte ich das Pyoctanin auch für *nicht geeignet* zur Anwendung grösserer Mengen der Lösung *zum Bespülen* der Wunden in der chirurgischen Praxis.

Ferner wandte ich das Pyoctanin mit ebenfalls günstigem Erfolge an bei *gummösen Geschwüren* in Form von Lösungen (1 : 1000) oder als Stift.

Besonders geeignet schien mir die Anwendung des Pyoctanin bei *Ozaena syphilitica* mit starkem Gestank. Mit 1 %iger Lösung wurde die Nasenhöhle 1—2 Mal täglich ausgepinselt und mit Mull tamponirt. Der Geruch verminderte sich baldigst und in 3—4 Tagen reinigten sich die Geschwüre.

Zufälliger Weise war ich auch in der Lage, das Pyoctanin in 6 Fällen von *Augenleiden* (Conjunctivitis, Keratitis, Iridocyclitis) mit Erfolg anzuwenden,

Was nun die Anwendung des Pyoctanin bei *Operationen* betrifft, so kann ich bisher nur über folgenden Fall berichten:

Pat. trat mit entzündlicher Phimosis in's Hospital, es wurde Circumcision gemacht und fand sich eine Reihe phagedaenischer Ulcera mollia, sowohl an dem inneren Blatte der Vorhaut, wie auch auf der Glans penis. Nach Anlegung der bei uns üblichen fortlaufenden, umgreifenden Naht, Ecochleation der Geschwüre und Bespülen der Wunde mit 2 % Carbolsäurelösung wurde die Wunde mit Pyoctan. flav. 1 : 1000 benetzt, Mull und Watte darauf gelegt und verbunden. Beim Verbandwechsel nach 24 Stunden zeigte sich die Wunde gut geschlossen, die Geschwürsflächen rein. 3 Tage post operationem die Nähte entfernt (prima intentio), wobei sich der Seidenfaden intensiv gelb durchtränkt erwies. Die Schankerwunden der Glans im Verheilen.

In 3 anderen Fällen wurde anfangs mit Jodoform verbunden und erst nach einigen Tagen zum Pyoctanin übergegangen, als ich mich durch den mitgetheilten Fall davon überzeugt hatte, dass Pyoctanin auch bei Wunden gute Dienste leistet Der Verlauf war ein günstiger.

Wenn ich diese vorläufige Mittheilung veröffentliche, so thue ich es, weil ich ganz wider Erwarten günstige Wirkungen beobachtet habe und folgende Schlüsse aus dem bisher Beobachteten ziehen kann:

1) Pyoctanin, sowohl das gelbe, wie auch das violette, verwandt als Stift, in Streupulver und Lösung (1 : 100 bis 1 : 2000) wirkt zweifellos antibacteriell, sowohl bei inficirten wie nichtinficirten Wundflächen und Geschwüren. Es wirkt dabei nicht schlechter als Jodoform und hat den Vorzug der Geruchlosigkeit.

2) Pyoctanin wirkt sehr günstig nicht nur bei Augenleiden sondern auch bei Ulcus molle und gummösen Geschwüren.

3) Schlimme Nebenwirkungen oder toxische Wirkung wurden bisher nicht beobachtet.

Weitere Beobachtungen sind äusserst wünschenswerth, denn offenbar haben wir im Pyoctanin eine werthvolle Bereicherung unseres Arzeneischatzes zu begrüssen und wird es, wie ich glaube, bald ebenso populär werden, wie das in kurzer Zeit mit dem Cocain geschah, nur mit dem Unterschiede, dass Pyoctanin den grossen Vortheil hat, nicht nur ein rechtes, sondern auch ein *billiges* Mittel zu sein.

St. Petersburg, den 17. Mai 1890.

Nachschrift.

Seit obige kleine Arbeit von mir im «Wratsch» veröffentlicht wurde, habe ich reichliche Gelegenheit gehabt, weitere Beobachtungen mit Pyoctanin zu machen und kann jetzt das oben Gesagte auf Grund einiger Hundert Fälle von Ulcus molle bestätigen. Dabei will ich nur hinzufügen, dass bereits seit 1½ Monaten sowohl in der stationären Abtheilung (augenblicklich 85 Betten), wie auch in der Ambulanz, wo täglich ca. 40 Patienten versorgt werden, das Jodoform ganz weggelassen und nur Pyoctanin (meist 1 %) benutzt wird, und zwar mit gleichem Erfolge wie früher das Jodoform.

Hinzuzufügen wäre noch, dass im letzten Monat unter Pyoctanin 8 Circumcisionen per primam verheilt sind und auch ein Fall von eitrigem Bubo mit Erfolg behandelt worden ist. Nach der Incision des gänseeigrossen Inguinal-Bubo wurde, entgegen unserer Gewohnheit, nicht ecochleirt, sondern direct mit Pyoct. coerul. 1 % ausgepinselt und dann der Druckverband angelegt, 3 Mal nach einander täglich gewechselt, dann blieb er 2 Mal je 4 und dann 6 Tage liegen, worauf Alles verheilt war.

Auch bei *Urethritis* haben wir in einigen Fällen bereits gute Erfolge, nur muss die Lösung (1 : 100 — 1000) mit Vorsicht angewandt werden, um die Wäsche nicht zu ver-



unreinigen. Einen wesentlichen Unterschied zwischen gelbem und violettem Pyoctanin haben wir bisher nicht constatiren können.

St. Petersburg, den 17. Juni 1890.

Ein Fall von eitriger Parotitis mit complicirtem Verlauf.

Von

Dr. R. Kutscherski
(Jelissawetgrad).

B., 61-jähr. kräftiger Mann, seit Langem an Rheumatismus und Hämorrhoiden leidend, hatte seit Ende November 1889 hartnäckige ununterbrochene Hämorrhoidalblutungen, welche trotz aller angewandten Mittel (Eis, heisse Irrigationen, Secale cornutum, Cocain, Hamamelis virgin. etc.) nicht sistirten. Zu Beginn des December-Monats wurde er von Influenza mit heftiger Neuralgia cervico-occipitalis befallen. Am 15. December 1889 wurde in einer Consultation von Chirurgen beschlossen, gegen die stetig fortdauernden Mastdarmblutungen mit Ferrum sesquichlor. per se vorzugehen und am selben Tage die Bepinselung der Hämorrhoidalknoten ausgeführt; dieselbe war sehr schmerzhaft, brachte aber die Blutungen dauernd zum Stehen. Gegen die hierauf aufgetretenen starken Schmerzen im Rectum wurden Eis und Suppositorien aus Morphium verordnet, jedoch ohne Erfolg; erst einige Tage später, nach Application von Suppositorien aus Jodoform, Tannin und Morphium nahm die Schmerzhaftigkeit bedeutend ab und wurde zugleich der Stuhl auf 2—3 Tage angehalten. Im weiteren Verlaufe erfolgte die Defäcation schmerzlos, täglich oder über einen Tag, und begann der äusserst anämisch gewordene Patient sich zu erholen. Vom 2. Januar 1890 an heftiger Durchfall (5—8 flüssige übelriechende Stühle täglich), in den nächsten Tagen hartnäckiger Singultus. Calomel, Opium, Wismuth etc. wurden ohne Erfolg versucht. Am Abend des 6. Jan. klagte der bis dahin fieberlose Kranke über Schüttelfrost und Schmerzen in der rechten Regio parotidea. Bei der Untersuchung (an demselben Abend) fand ich eine sehr schmerzhafte Schwellung am rechten Unterkieferwinkel, Temp. 38,5°. Am nächsten Morgen erschien die ganze rechte Regio parotidea intensiv geschwellt, hart und empfindlich, die Haut über derselben von normalem Aussehen, Temp. 39,5°. Im Laufe der folgenden Tage hielt sich die Temp. mit unbedeutenden Schwankungen auf 39°, bei kleinem, weichem Puls (110—120). Pat., völlig apathisch, somnolent, klagt von Zeit zu Zeit über Schlingbeschwerden. Die rechte Seite des weichen Gaumens, sowie die Gaumenbogen und die Uvula stark angeschwollen, der Isthmus faucium beträchtlich verengt. Zunge trocken; beständige Diarrhöe, kühle Extremitäten, kein Schweiss; der Zustand des Kranken, insbesondere der hochgradige Kräfteverfall, erinnert durchaus an den Status typhosus. Unter energischer excitirender Behandlung (Moschus, Valeriana, Coffein) und kräftiger Ernährung (Milch, Bouillon, Wein abwechselnd alle 1/2—1/4 Stunde) hob sich die Herzthätigkeit und wurde der Puls voll und kräftig. Zu Beginn der nächsten Woche kehrte die Körpertemperatur zur Norm zurück und schwand die Schwellung im Pharynx, während gleichzeitig in der Parotisgegend deutliche Fluctuation auftrat. Am 19. Jan. hörten die Durchfälle und der Singultus auf. Bei Incision des Abscesses wurde eine grosse Quantität Eiter und nekrotisches Gewebe entleert. Am Tage vorher wurde eine Schwellung längs dem ganzen rechten Sternocleidomast. bemerkt; feuchtwarme Umschläge, Irrigationen mit 2% Carbolsäure, Jodoform, Drainage. 4 Tage nach Eröffnung des Abscesses bemerkt man beim Durchspritzen der äusseren Wunde, dass ein Theil der Flüssigkeit in den Mund fliesst und beim Ausspeien derselben Luftblasen in der Wunde aufsteigen; bei der Untersuchung findet sich auf der vorderen Fläche des Arcus palato-pharyngeus, entsprechend seiner Vereinigung mit dem Arcus palatoglossus, oberhalb der Tonsille, eine kaum bemerkbare, durch einen Eiterpfropf verschlossene kleine Oeffnung. Ende Januar war der Eiterausfluss sehr gering, bald darauf (Anfang Februar) die äussere Wunde vollständig geheilt, aber die Schwellung längs dem Sternocleidomast. bedeutend grösser, weich, vom Kieferwinkel nach unten, zum Larynx hin, sich verjüngend, von da ab im Dreieck zwischen den beiden Rändern des Sternocleidomast. und in der Fossa jugularis wieder an Breite zunehmend. Bei Compression des unteren Abschnittes der Geschwulst füllte sich der obere nach Art eines Gummi-Luftkissens; wurde zugleich auch der obere Theil comprimirt, so entleerte sich aus der oben erwähnten Oeffnung im Pharynx stinkender Eiter in bedeutender Masse. Es lag auf der Hand, dass man es mit einem Senkungsabscess unterhalb des Sternocleidomast. zu thun hatte. Eine Eröffnung desselben zwischen den Schenkeln dieses Muskels erschien gewagt und wurde daher expectativ verfahren; der Eiter wurde ausgedrückt, und zwar in der Seitenlage auf der gesunden Lage, da der Eiter hierbei leicht durch den Mund hinausbefördert wurde. Jedoch wurde unzweifelhaft ein Theil desselben beim Essen mitverschluckt, worauf das Wiederauftreten der inzwischen ausgebliebenen Durchfälle hinwies, letztere hielten bis zum 8. Februar, d. i. so lange an, bis beim Ausdrücken nur geringe Eitermengen entleert wurden; zu dieser Zeit sistirte die Diarrhoe spontan. Während aber der Eiterherd in der Parotis zu versiegen begann, fand keine merkliche Verkleinerung der Halsgeschwulst statt und nahm letztere den Charakter einer lufthaltigen Höhle an; beim Sprechen und Aufblasen des Mundes dehnte sie sich stark aus, um bei geöffnetem Munde wieder zu collabiren. Im weiteren Verlauf nahm sie, bei Gebrauch von Jodkalisalbe und Massage, ab und schloss sich die 1—1½ Ctm. lange Perforationsöffnung im Pharynx Ende Februar vollständig. Das Allgemeinbefinden besserte sich zusehends, der Appetit wurde normal, der Stuhl regelmässig und ist Pat. gegenwärtig (April) als völlig geheilt zu betrachten.

Der vorliegende Fall bietet ein gewisses Interesse im Hinblick auf den complicirten Verlauf der Parotitis (Entstehung einer eiter- und lufthaltigen, mit dem Pharynx communicirenden Höhle). Zweitens ist hier das vortreffliche Resultat der gesteigerten Nahrungszufuhr zur Zeit des grössten Kräfteverfalls zu beachten. Noch mehr Interesse beansprucht die Aetiologie dieser Parotitis. Mit Rücksicht darauf muss ich bemerken, dass im Januar in unserer Stadt eine Epidemie von Mumps herrschte und die Enkelin unseres Pat., ein 8jähr. Kind, welche ihn im Laufe seiner Krankheit beständig besuchte, an dem gleichen Tage wie Pat. an Mumps erkrankte, welcher wie in allen Fällen, die ich zur Zeit beobachtet, ohne Eiterung in Heilung ausging. Es wäre ja möglich, dass auch Patient von der Parotitis epidemica befallen worden wäre, welche infolge der durch die profusen Blutungen bedingten Inanition in Eiterung übergegangen wäre. Eine Metastase von den Hämorrhoidalvenen erscheint weniger wahrscheinlich, da im Laufe von 2 Wochen nach Aetzung der Knoten keine Symptome einer Phlebitis sich manifestirten. Die dritte Moglichkeit ist die Entstehung einer metastatischen Parotitis nach Influenza. Nach vielseitigen Studien über diese Krankheit hat sich die Influenza auch in Hinsicht der Complicationen als eine den übrigen Infectionskrankheiten nahestehende Form herausgestellt; wir erinnern z. B. an die von Leyden beschriebenen Nephritiden. Die Entstehung einer metastatischen eitrigen Parotitis nach Influenza wäre demnach ein Analogon zu den nach Typhus und anderen Infectionskrankheiten auftretenden Entzündungen der Parotis. Soweit mir bekannt, ist eine derartige Folgeerscheinung der Influenza weder in den Debatten unserer russischen medicinischen Gesellschaften, noch in den zahlreichen Verhandlungen der Berliner Vereine erwähnt worden. Allerdings wird in den Handbüchern von Eichhorst und Virchow auf die Complication von Influenza mit Mumps hingewiesen, doch habe ich in der Literatur der letzten Epidemie keinen entsprechenden Fall finden können[1]). Ich habe bereits in Vorstehendem auf eine zweite Möglichkeit der Erklärung unseres Falles hingewiesen, glaube aber, mit Berücksichtigung der Analogien, welche die Influenza und die anderen Infectionskrankheiten hinsichtlich der Complicationen und Nachkrankheiten bieten, im vorliegenden Falle die metastatische Entstehung der Parotitis aus der Influenza vertreten zu dürfen. Was nun den Zeitpunct anbetrifft (die Parotitis ist ca. 1 Monat nach der Influenza ausgebrochen), so sei darauf verwiesen, dass in dem Leyden'schen Falle (Berl. klin. Wochenschr. 1890, № 10) ein annähernd gleicher Zeitraum zwischen der Grundkrankheit und der im Gefolge derselben eingetretenen Nephritis liegt.

Referate.

A. Peyer: Zur Bacteriurie. (Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte 1889, № 14).

Unter Anführung dreier, von ihm selbst beobachteter Fälle recapitulirt P. das, was bisher über die Bacteriurie bekannt ist. Diese selbständige, mykotische Blasenaffection, die nicht allein von localer Bedeutung zu sein scheint, sondern auch den Gesammtorganismus beeinflussen und vielleicht zu Nierenaffection führen dürfte, erhielt ihre Bezeichnung von Roberts und fand Ergänzungsschilderungen durch Ultzmann, Schottelius und Reinhold. Das Leiden verräth sich zuerst wohl immer durch den unerträglich scharfen, eigenthümlich stechenden Harn-

[1]) Im Brit. med. Journ. (22. März 1890) sind von Jackson 4 Fälle von Parotitis nach Influenza beschrieben. D. Red.



geruch, welcher nicht allein dem Nachtgeschirr entströmt, sondern später auch den Kranken selbst, sowie ihren Kleidern anhaftet und sich im Schlafzimmer festsetzt. Der Urin ist selbst nach dem Filtriren leicht getrübt, opalescirend und entschieden sauer; in hochgradigen Fällen (wenn nicht das Pasteur'sche Filter oder kohlens. Baryt angewandt wurde) ist auch leichte, offenbar an den Lebensprocess der Bacterien gebundene Eiweissreaction vorhanden. Die Zahl der Rundzellen ist in nicht complicirten Fällen eine sehr beschränkte, so dass Blasencatarrh sofort und unbedingt ausgeschlossen werden kann. Im Schottelius-Reinhold'schen Falle, wo der frische Harn eine ausserordentliche Menge Bacillen, sonst keine Formbestandtheile zeigte, lag anamnestisch weder Tripper, noch Catheterisation vor, war Smegmazersetzung ausgeschlossen, hatten (ausser Masern in der Kindheit) keine Infectionskrankheiten und keine Abscesse in der Nähe der Harnwege bestanden, — auch ergaben mehrere Blutuntersuchungen negative Resultate. Die Bacillen sind durchschnittlich 5 Mal so lang als breit, zeigen in längeren Exemplaren Quertheilung, werden ohne Sporen im frischen Harn gefunden, erscheinen in Gelatine-Platten-Culturen nicht charakteristisch (stellen weissgraue, schwach granulirte Colonien dar), verflüssigen die Gelatine nicht, entwickeln keinen Geruch und erweisen sich bei Uebertragung auf Thiere als nicht pathogen für diese. Die Einwanderung der Bacterien mag meistens wohl von der Vagina und dem Darm aus stattfinden, es muss aber auch angenommen werden, dass ihre Sporen durch den Respirationsapparat in's Blut und dann in die Nieren etc. gelangen können (bei Anatomen, Aerzten, Sumpfbewohnern u. s. w.). Die Prognose ist im Ganzen keine ungünstige, da eine energische örtliche Behandlung die Bacteriurie in allen Fällen, wenigstens temporär, zum Schwinden bringt; hat das Leiden bereits Jahre lang bestanden, so scheint eine definitive Heilung allerdings schwierig zu sein. P. wandte bei seinen Patientinnen nach Desinfection der Vagina vorsichtige Blasenauswaschungen mitganz schwachen Sublimatlösungen an, tamponirte darauf die Scheide für eine Nacht mit Sublimatgaze etc. und liess innerlich Salicyl- oder Borsäure nehmen. Fremmert.

Rosenbaum: Ueber subcutane Injection von Silbersalzen bei Tabes dorsalis. (Therap. Monatsh. № 5).

Verf. hat auf der Mendel'schen Poliklinik an 11 Tabetikern 144 Injectionen mit unterschwefligsaurem Silberoxydnatron gemacht und zwar anfangs eine halbe, später eine ganze Spritze voll. Trotzdem, dass 4 von seinen Kranken wegen der allzu grossen Schmerzhaftigkeit der Injectionen sehr bald fortblieben und von den restirenden 7 nur 2 bedeutende Besserung fühlten, empfiehlt R. diese Methode einer weiteren Prüfung, namentlich bei nicht sehr empfindlichen Kranken. Angewandt können werden: das Hyposulphit, das Phosphat, das Pyrophosphat und das Albuminat des Silbers. Hinze.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

O. E. R. Zimmermann: Die Bacterien unserer Trink- und Nutzwässer, insbesondere des Wassers der Chemnitzer Wasserleitung. Erste Reihe. Chemnitz 1890. Verlag der Carl Brunner'schen Buchhandlung (M. Bülze).

Verf. giebt in seinem Werke die genaue Beschreibung von 40, zum Theil bereits bekannten, zum Theil von ihm selbst beobachteten Bacterien, welche er gelegentlich seiner Wasseruntersuchungen gefunden hat. Die Arbeit ist jedoch nicht nur für den wasseruntersuchenden Bacteriologen, sondern für einen Jeden, der sich mit qualitativer Bacterioskopie beschäftigt, von Interesse, da Verf. zu der übersichtlichen Darstellung der Eigenthümlichkeiten jeder Mikrobe (nach dem Muster von James Eisenberg's „Bacteriologische Diagnostik") am Schlusse des Buches auch noch einen sogen. *Schlüssel*, wie wir ihn in den Flügge-schen „Mikroorganismen" kennen gelernt haben, hinzufügt. Gerade diese Zugabe verdient besondere Anerkennung, weil sie dazu beiträgt, einem längst empfundenen Bedürfniss nach möglichst umfassenden bacteriologisch-analytischen Tabellen abzuhelfen. Verf. stellt eine baldige Fortsetzung und Erweiterung seiner fleissigen Untersuchungen in Aussicht. Wladimirow.

Auszug aus den Protokollen
der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat
in den Jahren 1888—1889.
(Fortsetzung.)

Herr Westphalen hält einen Vortrag: „*Casuistischer Beitrag zur Genese der cystoiden Bildungen der Knochen*". (Der Vortrag ist in № 45 und 46 1889 dieser Wochenschrift erschienen).

Discussion: Herr Dehio hat bei demselben Pat. ein halbes Jahr früher ähnliche Fieberanfälle beobachtet, er nahm pneumonische Processe an und fragt daher, ob bei der Section an den Lungen diesbezügliche Veränderungen sich haben nachweisen lassen, was Herr Westphalen verneint.

Herr Meyer: In der Regel lässt sich ein primärer Herd nachweisen, von dem aus Metastasenbildung, somit secundär die Multiplicität zu Stande komme. Es muss im gegebenen Falle unbedingt eine primär-multiple Sarcombildung angenommen werden.

Herr Westphalen hält auf Grund in der Literatur angegebener Mittheilungen, sowie einiger von ihm selbst secirter Fälle eine primär-multiple Entwickelung myelogener Knochensarcome für ein nicht allzu seltenes Vorkommniss; in diese Reihe gehört auch der besprochene Fall.

Herr Dehio hält einen Vortrag: „*Singultus als Reflexneurose*". (Der Vortrag ist in dieser Wochenschrift № 31 1889 ausführlich referirt).

Discussion. Herr Meyer erkundigt sich, ob bei dem Pat. Symptome der männlichen Hysterie, wie Einengung des Gesichtsfeldes und dergl. beobachtet waren. Er hat oft Singultus gesehen, immer waren es aber Personen neurasthenisch-hysterischen Charakters.

Herr Dehio ist der Ansicht, dass es sich nicht um Hysterie gehandelt habe, er hat daher auch nicht nach dieser Richtung untersucht.

Herr Kessler bespricht unter Vorlegung von mikrosk. Präparaten und Zeichnungen:

1) ein von ihm operativ entferntes *Myxadenom der Portio vaginalis*;

2) *ein Stacheldermoid aus dem Ovarium einer Leiche;*

3) *einen bisher noch nicht beschriebenen Modus von Drüsenwucherung bei Endometritis.*

(Alle 3 Mittheilungen sind für Publicationen in entsprechenden Zeitschriften bestimmt).

Herr Faure spricht über einen *Fall von Haemophilie mit tödtlichem Ausgang.*

Es handelte sich um ein 11-monatliches Mädchen, das vor Durchbruch der oberen Schneidezähne von heftigen Convulsionen (40—50 in 24 Stund.) befallen war. Ein Einschnitt ins Zahnfleisch, der F. geboten schien, hatte eine Blutung zur Folge, die jeder Maassnahme spottete, so dass es sich hier um angeborene Hämophilie gehandelt habe.

Herr Krüger spricht über die *hypo- und endermatische Application des Quecksilbers bei Lues* und kommt zu dem Schlusse, dass im Allgemeinen die unlöslichen Hg-Verbindungen den löslichen vorzuziehen seien, doch müsse selbstredend im speciellen Falle genau individualisirt werden.

Herr Dehio tritt für häufigere Injectionen in kleineren Dosen ein und betont die Gefahr des in den Körper gebrachten Hg-Depots, das bei Beginn einer Intoxication nicht mehr entfernt werden kann.

Herr Krüger erwidert auf Letzteres, dass auch die Inunctionscur diese Gefahr biete, indem auch das in die Talg- und Schweissdrüsen eingeriebene Hg nicht nach Belieben entfernt werden könne.

Herr Meyer führt zunächst aus, dass es ihm geboten scheine, jedes verdächtige Ulcus mit dem Glüheisen zu cauterisiren, sodann stellt er die Frage, ob auch bei sichergestelltem Ulcus durum man die Hg-Behandlung erst nach Auftreten der Secundärerscheinungen beginnen soll.

Herr Krüger bejaht Letzteres, da durch frühe Einleitung der Hg-Behandlung die secundären Erscheinungen nur hinausgeschoben werden, nicht aber ihnen vorgebeugt wird.

Herr Ströhmberg spricht über: „*Melaena neonatorum*".

Bei der Section der Leiche eines 3 Tage alten Kindes ergab sich folgender Befund: Schwächliches Mädchen, Länge 49 Ctm., Gewicht 2070 Grm., Knochenkern in der Oberschenkelepiphyse 5—6 Mm., Nabelschnur mumificirt, Nabel nicht eiternd, Nabelvene noch durchgängig; theilweise Atelectase der Lungen, deutliche Hirnhyperämie. Im Herzen weiche, mit den Trabekeln verfilzte Gerinnsel. In der Umgebung des Mundes Spuren schwärzlichbrauner Flüssigkeit. Im querliegenden Magen 25 Ccm. eines schwarzen, dicklichen Inhaltes; auf seiner Schleimhaut zahlreiche runde Geschwüre von Mohnkorn- bis Linsengrösse, ausserdem in der Magenwand eine fingerkuppengrosse erweichte Partie. Darmkanal gasgebläht, einen goldgelben Inhalt führend.

Die chemische Untersuchung des Mageninhaltes, ausgeführt von Herrn Prof. Dragendorff, ergab die Abwesenheit von Schwefelsäure, Salpetersäure, Oxalsäure; vorhanden war Salzsäure (0,3%).

Durch die mikroskopische Untersuchung liess sich Thrombosirung der kleinsten Magenwandarterien nachweisen; ferner entsprach jedem Geschwürchen mindestens ein Gefäss. Es handelte sich demnach wahrscheinlich um Embolie von Seiten der in Folge unvollkommener Athmung nicht rechtzeitig geschlossenen foetalen Blutbahnen. Vortr. bezeichnet den Fall als Melaena neonatorum. Unter 48 bis zum Jahre 1885 beschriebenen Fällen sind im Ganzen 9 mit ähnlichem Befunde verzeichnet. (Es folgt makro- und mikroskopische Demonstration).

Herr Meyer referirt einen Fall von *Sublimatvergiftung.*

Bei einer Pat., die an peri- und parametritischen Beschwerden litt, stellte sich Fieber ein und durch Palpation konnte ein etwa hühnereigrosser, fluctuirender, von der Vaginalwand überkleideter Tumor nachgewiesen werden. Eine 3 Ctm. lange, in die Vaginalschleimhaut angebrachte Incisionsöffnung wurde mit der Kornzange erweitert und nach erfolgter Eiterentleerung ein kleinfingerdickes Drainrohr eingeführt. Ausspülung mit 300 Ccm.



Sublimatlösung (1 : 1000) und unmittelbar darauf mit 3% Carbollösung; das Drainrohr blieb liegen. Am 3. Tage blutige Stühle mit Tenesmen und erst am 6. Tage bildeten sich die Vergiftungssymptome zurück.

Vortr. mahnt an der Hand dieses Falles zur Vorsicht. Die Gefahr einer Resorption liege gerade in der combinirten Anwendung gewisser Antiseptica. Vornehmlich schien eine erleichterte Resorption des Sublimat herbeigeführt zu werden, bei gleichzeitiger Anwendung von Jodoform oder Carbolsäure.

Herr Kessler glaubt hier, wie in den meisten derartigen Fällen, eine Idiosynkrasie annehmen zu müssen. Es giebt bekanntlich Fälle, wo nach Anwendung schwächster Sublimatlösungen post partum der Tod eintrat.

Herr Meyor berichtet über einen Fall von *letalem Ausgang nach normalem Wochenbett.*

Eine II-para, erstes Wochenbett völlig normal. Die 2. Geburt verlief, von ungewöhnlich starken Wehen abgesehen, normal. Das Wochenbett ohne Fieber. Am 6. Tage nach der Geburt Schmerz und Schwellung in der linken Leistengegend, welche nach Anwendung von grauer Salbe und des Eisbeutels zurückgingen. Thrombose im Bereiche der Leistengegend oder des Oberschenkels war ausgeschlossen. Am 15. Tage verliess Pat. zum ersten Mal das Bett. Am darauffolgenden Tage Nachmittags traten Herzpalpitationen auf, die nach Morphiuminjection und Eisbeutel zum Abend schwanden. Gegen Morgen des 17. Tages erneuter Anfall, grosse Unruhe, hochgradige Herzaction, Puls unregelmässig. An den Lungen negativer Befund, Herztöne rein. In einigen Stunden Exitus letalis. Section wurde verweigert. Nach Ausschluss einer Thrombose der Pulmonalis, kommt Vortr. zu der Annahme einer Embolie der Coronaria, die vom linken Plexus pampiniformis oder dem intrauterinen Venenplexus ihren Ursprung genommen haben muss.

Herr Westphalen referirt einen Fall von *essentieller progressiver Anämie, geheilt durch subcutane Blutinjection nach* Ziemssen. (Dieser Vortrag ist in der St. Petersburg. Med. Wochenschr. № 2, 1889 erschienen).

Discussion: Herr Ströhmberg hält ein solches Quantum (150 Grm.) defibrinirten Blutes für zu gering, um zur Heilung zu führen. Die günstige Wendung könnte auf die Abtreibung des Botriocephalus zurückgeführt werden.

Herr Westphalen ist der Ansicht, dass Botriocephalen wohl schwere, nicht aber perniciöse Anämie bedingen können. Ferner glaubt W., dass die Blutinjection durch Vergrösserung der Respirationsfläche den Gaswechsel begünstige, die vitale Energie des Kranken anfache, die Blutbildung vermehre.

Herr Kessler bespricht einen Fall von Anaemia perniciosa gravidarum und führt ferner an, dass Litten Fälle von perniciöser Anämie auf Parasiten untersucht habe, ohne welche zu finden. Hiernach wäre die perniciöse Anämie vielleicht durch eine andere Ursache zu erklären, beziehungsweise als Infectionskrankheit aufzufassen.

Herr Ströhmberg neigt eher zu der Anschauung, dass die perniciöse Anämie durch verschiedenartige den Organismus schwächende Momente zur Entwickelung gelangen könne, während die perniciöse Anämie Schwangerer als Krankheit sui generis aufgefasst werden müsse.

Herr Krüger weist darauf hin, dass bei Reizung der Milznerven die Milz weniger Blutkörperchen bilden soll, als während des nervösen Ruhestandes; es wäre daher möglich, dass die Ursache der perniciösen Anämie in einer Reizung des Sympathicus zu suchen sei, durch welche Annahme alle Formen der perniciösen Anämie eine einheitliche Erklärung finden würden.

Herr Westphalen spricht sich gegen die Annahme, dass die perniciöse Anämie eine Infectionskrankheit wäre, aus, da nie eine Cumulation derselben im Sinne eines epidemischen Auftretens beobachtet sei.

Herr Kessler führt an, dass er Fermentbildungen im Blute als Infectionsursache beschuldigt habe und unter diesen Verhältnissen fällt der Einwand Westphalen's weg. An reflectorische Vorgänge könne er auch nicht glauben, wie sollte man dann die Fälle idiopathischer perniciöser Anämie erklären?

Herr Krüger: durch Erkrankung des Sympathicus.

Herr Holst theilt einen Fall von perniciöser Anämie einer Schwangeren mit, wo den meisten Beobachtungen entgegen der letale Ausgang bereits in der 12. oder 13. Woche der Schwangerschaft eintrat.

Herr Westphalen theilt den *histologischen Befund* an einem von Dr. Th. v. Schröder aus St. Petersburg übersandten, einem Phthisiker *enucleirten Bulbus* mit. Die Veranlassung zur Operation hatte die Diagnose „Tumor bulbi" gegeben.

Bei oberflächlicher Betrachtung zeigt die in einem Trichter der abgehobenen Netzhaut gelegene Geschwulst mehr oder weniger deutliche Charaktere eines solitären Tuberkels. Bei genauer Beobachtung jedoch stösst man auf Chitinmembranen, Saugnäpfe und Haken eines Parasiten, wodurch sich die Neubildung als ein abgestorbener, in Resorption befindlicher Cysticercus cellulosae entpuppt.

Herr Krüger spricht über die *Einwirkung der Carbolsäure auf den Blutfarbstoff.* Entgegen den üblichen Angaben hatte Vortr. Gelegenheit gehabt zu beobachten, dass die Carbolsäure in nicht zu starker Concentration den Blutfarbstoff nicht zerstöre. Nach dem Zusatz der Carbolsolution zu einer Blutlösung bildet sich wohl ein fleischfarbener Niederschlag, die überstehende Flüssigkeit weist keine Absorptionsbänder auf. Der Blutfarbstoff ist aber dadurch nicht zerstört, er ist nur mechanisch durch den Eiweissniederschlag mitgerissen. Wird dieser Niederschlag in wenig verdünnter Natronlauge gelöst, so treten in dieser Lösung die Oxyhämoglobinstreifen wieder auf.

Eine Lösung von krystallisirtem Hämoglobin bleibt unverändert.

Herr Krüger demonstrirt einen *Indigoschweiss*, der von einem typhösen Pat. gewonnen und ihm von Dr. Meyer zur Untersuchung übermittelt worden war; der Harn des Pat. enthielt reichliche Mengen Indican. Im Anschluss hieran berichtet

Herr Otto über einen Fall von *dunkelblauem Brustdrüsensecret*, welches sich auf Druck, sowie spontan entleerte und die wollene Leibwäsche echt färbte. Die Pat. war unverheirathet, anämisch und hysterisch.

Herr Koppe (aus Pernau, als Gast) referirt einen Fall von *intermittirender Hydronephrose.* Die Ursache war eine rechtsseitige Wanderniere.

Herr Dehio berichtet über einen *Fall von präsumptiver Insufficienz der Semilunarklappen der Aorta* bei einem etwa 26-j. Manne. Der Pat. hatte seit 2—3 Jahren leichte Herzbeschwerden, zuweilen Schmerzanfälle in der Herzgegend. Objectiv lässt sich eine geringe Hypertrophie des linken Ventrikels und ein diastol. Geräusch an der Aorta und auf dem Sternum constatiren. Dasselbe verschwindet aber bei ruhiger Rückenlage des Patienten, ist deutlich im Stehen und Sitzen und laut nach stärkeren Körperbewegungen. Sphygmographische Curven zeigten, dass bei geringer Spannung der Radialarterie, also bei niedrigem arteriellem Blutdruck das Geräusch nicht zu hören war, bei starker Wandspannung der Art., also bei höherem Blutdruck, aber sehr laut und deutlich wurde. Vortr. glaubt durch diese Beobachtung eine klinische Bestätigung der Experimente Timofejew's (Berl. klin. W. 1888) geliefert zu haben, welcher an Thieren mit artificiell hergestellter Aorteninsufficienz das diastol. Geräusch dadurch zum Schwinden brachte, dass er den Blutdruck künstlich durch Aderlass und R. M.-Durchschneidung erniedrigte.

Es liesse sich denken, dass im vorliegenden Falle ein nur kleiner Defect der Semilunarklappen vorläge, der unter dem Einflusse höheren Blutdruckes zur Wahrnehmung gelange.

Herr Hartge weist darauf hin, dass die sogenannte idiopathische, d. h. eine relative Insufficienz ähnliche Symptome herbeiführen könne, wodurch einer sicheren Diagnose gelegentlich Schwierigkeiten erwachsen.

Herr Dehio giebt dies für den von ihm beobachteten Fall nicht zu, da es sich sonst um eine mehr oder weniger hochgradige Dilatation gehandelt hätte.

Herr Meyer theilt aus seiner Praxis einen *Fall von Abscessus subphrenicus* mit:

Bei einem 21-jähr. Mädchen, welches längere Zeit wegen chron. Magencatarrhes von ihm behandelt worden war, traten am 14. Febr. vorigen Jahres plötzlich heftige Schmerzen in der Herzgrube auf, welchen sich Erscheinungen von Perforationsperitonitis anschlossen. Nach 10 Tagen Dämpfung an der linken Lunge hinten, unten; im Bereiche des unteren Lappens feinblasiges Rasseln und abgeschwächtes Vesiculärathmen; Sputa crocea. Nach einigen Tagen blasendes Athmungsgeräusch am unteren Winkel der Scapula, tiefer nach unten hin nach Aufrichten der Kranken gelegentlich *metallisches Träufeln.* Im Sputum elastische Fasern und verfettetes Lungenepithel.

Der peritonitische Erguss nicht abgrenzbar. Schmerzhaftigkeit und vermehrte Resistenz waren unterhalb des linken Rippenrandes stets vorhanden. Fieber während der ganzen Krankheitsdauer 38,5°—39,5°. Schliesslich trat Erbrechen aashaft stinkender, mit schwarzen Flocken untermengter Massen ein; ähnliche Beschaffenheit hatten die diarrhoischen Dejectionen. Albuminurie. Am 11. März erfolgte der Tod an Erschöpfung.

Intra vitam lautete die Diagnose: Circumscripte jauchige Peritonitis und metastatische jauchige Pneumonie mit Nekrose in der Lunge. Die leider erst am 15. März gestattete Section deckte einen subphrenischen Abscess auf, welcher nach vorn und unten vom Magen und Colon transv., nach oben vom Zwerchfell, nach rechts vom Ligam. susp. hepat. und vom linken Leberlappen, nach links von der Milz begrenzt war. Die Höhle communicirte durch eine kreisrunde, scharfrandige Oeffnung, welche in der kleinen Curvatur lag, mit dem Magen. In letzterem noch eine Narbe.

Im Zwerchfell fanden sich 4 runde missfarbige, zerfallene Partien, welche völlig mürbe beim Lösen der Lunge gar keinen Widerstand leisteten. Die Lunge liess sich von der Pleura phren. et costal. leicht lösen. Entsprechend den Defecten im Zwerchfell fanden sich im unteren pneumonisch infiltrirten Lappen der Lunge ca. 2—4 Ctm. von der unteren Fläche entfernt 4 zerfallene Herde ohne scharf begrenzte Wandungen.

Nach Leyden's classischer Beschreibung der subphrenischen Abscesse ist eine Perforation derselben durch die verklebten Pleuren direct in die Luftwege der häufigste Ausgang; klinisch treten fast alle physikalischen Erscheinungen des Pyo-pneumo-



thorax auf. In unserem Falle war trotz der Weite der Höhle keine auf Pyo-pneumothorax hinweisende Erscheinung vorhanden, weil zu wenig Luft in der Abscesshöhle war. Ein Fall mit ähnlichem Verlaufe ist in der Literatur nicht beschrieben worden.

Herr Dehio glaubt, dass man bei Fällen von Abscessus subphrenicus auf Grund physikalischer Diagnostik allein ohne Berücksichtigung von Anamnese und Verlauf eine sichere Diagnose nicht stellen könne. Dasselbe gelte vom sog. Pyothorax subphrenicus. Er erinnert sich eines Falles, wo der Dämpfungsbezirk rechts hinten bis zum Ang. scap. inf. reichte, mithin die Annahme eines Pleuraempyems veranlasste. Die Obduction zeigte neben diffuser Peritonitis einen abgesackten peritonitischen Eiterherd zwischen Leber und Zwerchfell. (Schluss folgt.)

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Bazy (Paris) empfiehlt nach seiner Erfahrung an 19 Kranken, die an den verschiedensten Erkrankungen der Harnwege litten (Cystitis chron., Urethrit. chron., Nephritis acuta mit Cystitis acuta etc.), die innere Gabe von Salol, in der Dosis von 2,0 bis 7,0 pro die, wobei er jedoch meist höchstens 4,0 verabfolgt hat. Das Mittel wirkt als Antisepticum, da es sich nach Sahli, Lépine, Lesnik in Phenylsäure und Salicylsäure spaltet und letztere durch die Nieren ausgeschieden wird. Salol wird sehr gut vertragen, selbst von geschwächtem Magen; Carbolharn ist nur in 2 Fällen beobachtet worden und zwar in dem ersten Fall bei geringer Dosis; die Erscheinung schwand von selbst am folgenden Tage. — B. empfiehlt das Mittel besonders in allen den Fällen, in denen eine Antisepsis wünschenswerth, doch schwer auszuführen ist; speciell möchte er es angewandt sehen in den Fällen, in denen man Operationen an mit septischem Urin, mit Urinverhaltungen behafteten Kranken ausführen muss; in diesen Fällen ist es gerathen das Salol 2—3 Tage früher zu geben, um sicher zu sein, dass es zur Zeit der Operation im Stadium des Ausgeschiedenwerdens sei. Die Ausscheidung durch die Nieren tritt meist während der ersten 24 Stunden ein. (Sem. méd. № 10.)

— Bezüglich der *Vorausbestimmung des Geschlechts* hat G. Herz bei Züchtungsversuchen mit Ziegen gefunden, dass die Beobachtungen des nordamerikanischen Züchters Fiquet richtig zu sein scheinen. Letzterer hatte bemerkt, dass der bei der Begattung sich als „stärker" erweisende von beiden Erzeugern das dem seinen entgegengesetzte Geschlecht bedingt und erreichte in 32 Fällen bei der Rindviehzucht diesen Unterschied der Erzeuger nach Wunsch durch systematisches Vorgehen in der Haltung und Pflege der Thiere; wollte er ein Junges männlichen Geschlechts erzielen, so ernährte er die Kuh auf das splendideste mit kräftigem Futter, während der Stier auf schmale Kost gesetzt und viel zum Bespringen benutzt wurde; wollte er ein weibliches Junge erzielen, so wurde der Stier stark gefüttert und geschont, die Kuh durch geringes Futter geschwächt. — Bei H.'s Versuchen in 2 Versuchsreihen mit je 2 Ziegen und 1 Bock ergab die für weibliche Jungen präparirte Reihe nur weibliche, die für männliche Jungen präparirte 3 männliche und 1 weibliches.
(Arch. f. wiss. u. prakt. Thierheilk. — Ctbl. f. med. Wiss. № 22).

— In der Gesellschaft der Aerzte zu Wien empfiehlt V. Gerlach ein neues Desinfectionsmittel: *Lysol*, welches aus dem Steinkohlentheer dargestellt wird und frei von Carbolsäure ist. Die Vorzüge desselben sind folgende:

1) Das Lysol übertrifft an bacterientödtender Wirksamkeit sowohl das Creolin als auch die Carbolsäure;
2) das L. ist weniger giftig als die beiden letzteren;
3) das L. besitzt eine constante Zusammensetzung und ist kein Geheimmittel wie Creolin;
4) das L. ist billiger als die anderen beiden gen. Antiseptica.

— Zur Wundbehandlung empfiehlt G. eine 1proc., zur Ausspülung des Uterus u. s. w. eine $^1/_2$ proc. Lösung zu verwenden.
(Wien. klin. Wochenschr. № 22.)

Vermischtes.

— Am 29. Juni c. beging die weibliche Abtheilung des hiesigen städtischen Obuchow-Hospitals das *Fest ihres 50jährigen Bestehens*, nachdem die männliche Abtheilung dieses Hospitals bereits vor 3 Jahren ihr 100jähriges Jubiläum gefeiert hat. Nach dem Gottesdienst in der Hospitalkirche fand in einem der Krankensäle ein Festact statt, auf welchem der gegenwärtige Oberarzt Dr. Kernig auf die erfolgreiche Wirksamkeit des Hospitals hinwies und auch der Aerzte gedachte, welche ein Opfer ihrer Thätigkeit an diesem Hospital in Folge von Infection geworden sind. Hierauf verlas der bisherige Oberarzt dieser Abtheilung, Dr. Netschajew, einen historischen Abriss des Hospitals. Den Schluss der Feier bildete ein Frühstück, an welchem unter Anderen auch der greise frühere Oberarzt des Obuchow-Hospitals Dr. Herrmann theilnahm, welcher 53 Jahre an diesem Hospital gedient hat und erst vor einigen Wochen in den Ruhestand getreten ist. Wir hoffen, in nächster Zeit einige Daten aus dem Bericht über die Thätigkeit des Hospitals bringen zu können.

— Der dirigirende Arzt der chirurgischen Abtheilung des Stadtkrankenhauses in Riga, Dr. H. Jansen, hat nach 18jähriger segensreicher Wirksamkeit an demselben und nachdem er die letzten 15 Jahre die Leitung der chirurg. Abtheilung innegehabt, seine Entlassung genommen. Zu seinem Nachfolger ist Dr. Adolph Bergmann und an dessen Stelle zum dirigirenden Arzt der Station für chronische Kranke der chirurg. Abtheilung Dr. E. v. Götschel gewählt worden.

— Die Leitung des vom russischen Marineressort in Nagasaki am Ufer des Stillen Oceans neu errichteten Hospitals für Seeleute ist dem bekannten Leiter der von der Academie der Wissenschaften ausgerüsteten wissenschaftlichen Expedition nach den sibirischen Inseln, Dr. Alexander v. Bunge (aus Dorpat) interimistisch übertragen worden.

— Prof. Dr. E. v. Bergmann (Berlin) ist von der Stadt St. Louis (in Amerika) das *Ehrenbürgerdiplom* und von der dortigen Universität das *Ehrenmitgliedsdiplom* verliehen worden. Die betreffenden Diplome wurden ihm von den anlässlich des deutschen Bundesschiessens in Berlin anwesenden amerikanischen Schützen überreicht.

— *Verstorben:* 1) In Reval am 28. Juni der dortige Arzt Dr. Johann Eylandt im 69. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war in Reval geboren und studirte in den Jahren 1840—46 Medicin in Dorpat, wo er 1850 die Doctorwürde erhielt. Nachdem er hierauf 2 Jahre in England gelebt, siedelte er nach Amerika über, wo er mehr als 14 Jahre hindurch in New-Orleans als vielbeschäftigter Arzt wirkte. Im Jahre 1873 kekrte er nach Reval zurück und verlebte die letzten Lebensjahre durch zunehmende Krankheit gezwungen in Zurückgezogenheit, ohne jedoch das Interesse für die medicinische Wissenschaft zu verlieren. 2) Am 7. Juli n. St. in Heidelberg der Senior der Anatomen und Physiologen Deutschlands, Prof. Dr. Friedrich Arnold, im 87. Lebensjahre. Der Verstorbene begann seine academische Laufbahn in Heidelberg, wo er anfangs Prosector und im J. 1834 bereits als Professor extraord. der Anatomie fungirte, folgte darauf einem Rufe nach Zürich, 5 Jahre später nach Freiburg und kehrte im J. 1852 wieder nach Heidelberg zurück, wo er bis 1876 als einer der geschätztesten Lehrer der medicin. Facultät gewirkt hat. Von seinen zahlreichen literarischen Arbeiten sind sein Lehrbuch der Physiologie, sein Handbuch der Anatomie, sowie sein trefflicher anatomischer Atlas am meisten bekannt.

— Die *Universität Moskau* wird binnen kurzer Zeit in Bezug auf ihre klinischen Institute besser gestellt sein als die meisten übrigen Universitäten Russlands. Die aus Kronsmitteln erbaute *Universitätsklinik* in Moskau, sowie die aus Privatmitteln errichtete *Klinik für Geisteskranke*, die *Hebammen-* und die *Gynäkologische Klinik* sollen zu Beginn des bevorstehenden Lehrjahres *officiell eröffnet* werden. Der Umzug aus der alten Klinik ist schon erfolgt. Die *Hospitalsklinik*, an deren innerer Einrichtung noch gearbeitet wird, wird erst im Januar 1891 eröffnet werden können. Der ganze Gebäudecomplex der neuen Klinik nimmt einen Flächenraum von 20,000 Quadratfaden ein; die verschiedenen Gebäude haben theils zwei, theils drei Stockwerke. Das in der Nähe der Universitätsklinik im Bau begriffene *Chludow'sche Kinderhospital* wird voraussichtlich im bevorstehenden Herbst seiner Bestimmung übergeben werden können.

— Zum bevorstehenden X. internationalen medicinischen Congress in Berlin sind, wie die „A. m. C.-Ztg." erfährt, bis zum Beginn dieses Monats bereits c. 700 Anmeldungen fremder Aerzte eingegangen, vorzugsweise aus entfernten Ländern, wie Amerika, England etc. Die allgemeinen Sitzungen werden am Montag (23. Juli [4. August]), Mittwoch und Sonnabend abgehalten werden. Ein *Empfangsabend* wird am Montag stattfinden. Am Dienstag folgt das *städtische Fest*, der Empfang des gesammten Congresses im Rathhause; Mittwoch Abend sind *Sectionsdiners*. Freitag Nachmittag soll eine kleinere Anzahl von Mitgliedern in *Potsdam vom Kaiser empfangen* werden. Am Sonnabend ist das *grosse Fest bei Kroll*, welches die Berliner Aerzte zu Ehren der ausländischen Collegen veranstalten. Während der Dauer des Congresses wird täglich eine *Zeitung* unter dem Titel: „Journal, Tägliche Mittheilungen (Daily News, Bulletin quotidien)" in deutscher, englischer und französischer Sprache erscheinen, welche ebenso wie der Catalog der medicinisch-wissenschaftlichen Ausstellung sämmtlichen Theilnehmern unentgeltlich zugestellt werden wird.

— Wie der „Wratsch" erfährt, wird von der französischen Regierung der bekannte Lyoner Professor der speciellen Pathologie Teissier nach Russland mit dem speciellen Auftrage abdelegirt, Daten über die Influenza-Epidemie zu sammeln. Professor Teissier soll um die Mitte des August-Monats in St. Petersburg eintreffen.

— Im Ministerium des Innern ist die Frage angeregt worden, die *Einfuhr von Saccharin nach Russland* und die Anwendung desselben beim Branntweinbrande als unbedingt schädlich zu untersagen. Bei dieser Gelegenheit erinnern wir daran, dass der österreichische Sanitätsrath vor einigen Monaten in einem Gutachten erklärt hat, dass das *Saccharin keine nachtheilige Wirkung auf den Organismus ausübt*, dass vielmehr demselben die gleiche Bedeutung wie den Gewürzen zuerkannt werden kann und dass

XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,
St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 28 St. Petersburg, 14. (26.) Juli 1890

Zur Frage von dem Mikroorganismus des Trachoms.

Von
Dr. D. Shongolowicz.

Obgleich sowohl die russische als auch die ausländische Literatur ein reiches casuistisches Material zur Frage des Trachoms bietet, ist dennoch nicht nur die Ursache dieser Krankheit, sondern selbst die Nomenclatur derselben bis jetzt noch nicht definitiv festgestellt und der Kampf mit dieser Geissel für jeden Arzt, und namentlich für den Militärarzt, ein schwieriger.

Dass die Nomenclatur des Trachoms bis jetzt noch nicht festgestellt ist, beweist z. B. die neuerdings ausgebrochene, unentschieden gebliebene Polemik zwischen Adamük und Reich[1]), die auf dem II. (Moskau) und III. (St. Petersburg) Congresse der russischen Aerzte aufgeworfene, aber ohne Lösung gebliebene und nur von kurzer Debatte gefolgte Frage, was unter dem Namen „Trachoma" zu verstehen sei, und endlich der Umstand, dass die Einen Conjunctivitis follicularis, Folliculosis conjunctivae, Trachoma folliculare, Trachoma granulosum von einander scheiden, die Anderen (Jacobson[2]), Sattler[3]), Mandelstamm[4]), Raehlmann[5]), Reich[6]), Michel[7]) u. A.) dagegen alle oben citirten Benennungen nur für den Ausdruck der verschiedenen Entwickelungsperioden einer und derselben Krankheit — des Trachoms — halten. Die Ursache dieser Meinungsverschiedenheit liegt wahrscheinlich darin, dass weder die klinischen Merkmale, noch das pathologisch-anatomische Bild dieser Augenerkrankung genügend genaue und scharfe Kriterien bieten, auf Grund welcher die Untersucher zu einem und demselben Resultate gelangen könnten.

Ist dem so, so wird es vielleicht nur dann möglich sein die Streitfrage zu lösen, wenn die Ursache der Entwickelung der Conjunctivitis follicularis oder Folliculosis conjunctivae resp. des Trachoma folliculare sicher festgestellt sein wird. Gegenwärtig zweifelt, wie es scheint, Niemand mehr an der Infectiosität des Trachoms, und da nach Baumgarten's[8]) Ansicht diese Infectiosität nur durch die Gegenwart pathogener Mikroorganismen im veränderten Gewebe erklärbar ist, so wird es folglich auch nur dann möglich sein, alle die auf diesen Gegenstand bezüglichen Streitfragen zu lösen, wenn der die trachomatöse Erkrankung hervorrufende Mikroorganismus genau festgestellt sein wird, d. h. wenn im pathologisch veränderten Gewebe die Gegenwart eines Mikroorganismus bewiesen sein wird, dessen Reincultur bei der Impfung mit derselben die identische Erkrankung hervorruft.

Freilich betrachten schon seit Sattler's 1881 gemachter Veröffentlichung viele Autoren einen specifischen Mikroorganismus als die Ursache des Trachoms, jedoch sind ihre Schlussfolgerungen einander so widersprechend, dass sich Einem unwillkürlich die Frage aufdrängt, worin wohl die Ursache dieser Meinungsverschiedenheiten zu suchen sei und ob nicht vielleicht die Erkrankung der Augen an Trachom von verschiedenen Ursachen abhänge.

Ich hatte mir die Aufgabe gestellt, Untersuchungen über die Frage anzustellen, ob sich im pathologisch veränderten Gewebe ein Mikroorganismus vorfinde oder nicht, und, falls sich ein solcher constatiren liesse, die Natur desselben genau zu bestimmen und schliesslich, wenn möglich, die Ursache der Meinungsverschiedenheiten der Autoren über einen und denselben Gegenstand zu ermitteln.

Bevor ich nun zu meinen Untersuchungen und deren Resultaten übergehe, halte ich es jedoch für nothwendig in Kürze die Literatur der von mir in Angriff genommenen Frage durchzugehen, dabei übrigens eine historische Uebersicht über die Trachomfrage überhaupt bei Seite lassend, weil mich das zu weit führen würde.

Literatur.

Sattler[9]) war der Erste, welcher auf der XIII. Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft in Heidelberg Mittheilung über den Mikroorganismus des Trachoms machte. Bei Untersuchung des trachomatösen Secretes in verschiedenen Stadien des Processes fand er stets *eine* Pilzform — einen Mikrokokkus,

[1]) Wratsch 1886, pg. 890 und 1887, pg. 184 und 478.
[2]) Ueber Epithelwucherung und Follikelbildung in der Conjunctiva mit besonderer Berücksichtigung der Conj. granulosa. Arch. f. Ophthalm. 1879, p. 166.
[3]) Bericht über d. XIII. Versamml. der Ophthalm. Gesells. 1881.
[4]) Arch. f. Ophthalm., Bd. 29, Abth. I, 1883.
[5]) Pathol.-anat. Untersuch. über die follicul. Entzündung der Bindehaut d. Auges, od. d. Trachom. Arch. f. Ophthalm., Bd. 29, Abth. II, 1883.
[6]) Sitzungsprotokolle der Kais. Kaukas. Medicin. Gesellschaft 1887, № 2 und 3.
[7]) Arch. f. Augenheilk., 1886, Bd. XVI.
[8]) Baumgarten's Jahresber. v. 1887, p. 74, Anm.
[9]) Bericht über die XIII. Versammlung der ophthalmol. Gesellschaft 1881.

welcher dem Gonokokkus an Grösse etwas nachsteht. Er sagt, dass dieser Mikrokokkus sich zuweilen einzelstehend, häufiger paarweise, am häufigsten in Gruppen zu 3—4, gleichseitige Drei- oder Vierecke bildend, vorfinde. Niemals berühren sich die Mikrokokken, jede Gruppe derselben ist von einer hellen Schleimhülle umgeben, steht am häufigsten vertical zum Auge des Beobachters und befindet sich in steter Bewegung. In seiner 2. Mittheilung [10]) erwähnt Sattler, dass sich im Secrete nicht selten Stäbchen finden, welche durch ihr starkes Wachsthum die Entwickelung der Reincultur der trachomatösen Mikrokokken hemmen können.

Im Follikelinhalte und auf Schnitten sah Sattler dieselben Mikrokokken, wie im Secrete, um die Kerne und Kernreste herum gelagert und auch zwischen denselben, selten einzeln, häufiger zu 2—3—4, zuweilen in kleinen Aggregaten. In ungefärbten Präparaten erschienen sie als dunkle Körnchen.

Zur Cultur benutzte Sattler anfangs flüssige, späterhin feste Nährsubstanzen und hauptsächlich Blutserum, in welchem sich die Trachomkokken am besten, jedoch nicht immer entwickelten. An der Impfstelle erblickt das unbewaffnete Auge erst nach 7—8 Tagen hellgelbe matte Flecken, welche nur langsam wachsen. Bei der mikroskopischen Untersuchung erweisen sich die Mikrokokken der Reincultur durchaus identisch mit denen des Secretes.

Die Resultate der Impfung der Conjunctiva verschiedener Thiere mit der Reincultur waren negativ und nur in einem Falle, bei der Impfung der 3. Generation dieser Cultur auf die Conjunctiva eines Mädchens — positiv.

Wenn man die sog. ägyptische Augenkrankheit mit dem Trachom identificirt, so folgen nun die Untersuchungen Koch's [11]), der in Aegypten 50 an erstgenannter Krankheit Leidende untersucht hat und dabei zu dem Schlusse gekommen ist, dass als ägyptische Krankheit 2 verschiedene pathologische Processe bezeichnet werden, von denen der eine bösartiger ist und durch einen dem Gonokokkus ähnlichen und wahrscheinlich mit ihm identischen Mikrokokkus bedingt ist, während der andere, weniger gefährliche, durch einen kleinen Bacillus hervorgerufen wird, den Koch in grosser Menge in den Eiterzellen fand. Leider sind seine Untersuchungen nicht durch Krankengeschichten belegt.

Da Gama Pinto [12]), welcher übrigens bemerkt, dass Untersuchungen über das Vorkommen von Mikroorganismen in dem an Trachom erkrankten Gewebe nicht im Plane seiner Arbeit gelegen haben, konnte in durchaus typischen und frischen Fällen von Trachom auf Schnitten durch die Conjunctiva die Gegenwart von Mikroorganismen nicht constatiren.

Michel [13]) hat im Aschaffenburger Waisenhause eine Epidemie der ägyptischen Augenkrankheit beobachtet, wo von 97 Knaben 55 leicht, 14 schwer erkrankten, und vor allen Dingen sogleich an Ort und Stelle das Conjunctivalsecret von über 30 Kranken mikroskopisch untersucht (die Präparate wurden mit Gentianaviolet oder Fuchsin gefärbt) und konnte in keinem von diesen Fällen Bacterien nachweisen; im Conjunctivalsecret gesunder Augen jedoch fand er zuweilen kurze, dicke, nicht pathogene Stäbchen, und nur in der Folge constatirte er einzelstehende, in geringer Zahl vorhandene Kokken im Secrete einiger in die Würzburger Universitätsklinik aufgenommener Kranken aus dem Aschaffenburger Waisenhause.

Auf Schnitten durch die Conjunctiva fand Michel die Kokken nur im Follikelinhalt, nie im Epithel. Die Aufsuchung war sehr mühsam einerseits wegen der Kleinheit der Mikroorganismen, andererseits in Folge ihrer geringen Anzahl; grösstentheils fanden sie sich in unregelmässigen runden Häufchen und sehr selten in langen Streifen zu 10—20. Nie sah er sie innerhalb der Zellen, sondern stets auf oder zwischen denselben.

Zur Cultur benutzte Michel das trachomatöse Conjunctivalsecret und den Inhalt der Trachomkörnchen, welche er entweder ausdrückte oder in toto ausschnitt. Culturen wurden nur von 7 Kranken ausgesäet und entwickelten sich am besten nach der Aussaat des ausgedrückten Follikelinhaltes; in einigen Fällen blieb die Entwickelung ganz aus, in einem Falle bestand eine Verunreinigung durch Staphylokokkus aureus. In den gelungenen Fällen bildete sich entsprechend der Infectionsfurche auf der Agar-Agar-Oberfläche nach 2 Tagen bei Zimmertemperatur ein gleichmässiges, grauweisses, fadenziehendes Häutchen, auf Gelatine — bei Zimmertemperatur oder bei 24° C. eine grauweisse dicke Schicht, die sich rasch auf der Oberfläche ausbreitete, während sich längs dem Stichcanale, und zwar in grösserer Anzahl am unteren Ende desselben, kleine Kügelchen entwickelten; nach 4—5 Wochen erschien die Oberfläche der Colonie trichterförmig eingezogen und von gelblicher Färbung. Dabei verflüssigte sich die Gelatine niemals. Auf Blutserum erschien nach 24 Stunden der Impffurche entsprechend ein gleichmässiger matter Streifen, welcher allmälig Milchfarbe annahm, wobei sich an der Peripherie desselben kolbenartige Auflagerungen bildeten, die bei weiterem Wuchse ein fransenartiges Aussehen annahmen. Die Reincultur besteht aus kleinen, aus 2 Kugelsegmenten zusammengesetzten Diplokokken „mit Semmelgestalt", welche den Gonokokken sehr ähnlich, jedoch weit kleiner als letztere sind (Länge von einem Pole zum anderen = 0,6 — 0,8 μ., Breite [Durchmesser] = 0,4—0,6 μ.) und die Neigung haben sich in sarcineartige Häufchen zu gruppiren. Durch Stichimpfung auf die menschliche Conjunctiva erhielt Michel ein typisches Trachom, während ihm Thierversuche nicht gelangen.

Schmidt [14]) fand im Secrete stets eine geringe Zahl einzeln liegender, kleiner, an Form und Grösse dem Staphylokokkus pyogenes sehr ähnlicher, vollkommen runder, mit einer hellen Hülle umgebener Kokken ohne Septum in der Mitte. Häufiger finden sich dieselben frei im Secrete, seltener im Protoplasma der Epithelzellen eingeschlossen. Ausserdem fand Schmidt zuweilen im Secrete noch andere Formen: sarcineartige Diplokokken, die Trachomkokken an Grösse bedeutend übertreffende Kokken, dem Bacillus subtilis ähnliche Stäbchen, und endlich kürzere und dickere Stäbchen, zuweilen mit aufgetriebenen Enden (Involutionsformen).

Bei der Untersuchung nach der Gramm'schen Methode gefärbter Schnitte durch die Conjunctiva von 8 Trachomkranken erschien das Protoplasma der lymphoiden Zellen in Form eines schmalen, hellen, den intensiver gefärbten Kern umgebenden Ringes. In der Mehrzahl der Zellen fanden sich im Protoplasma 2—3 Mikrokokken, in Form vollkommen runder, dunkler, punctförmiger Gebilde. Auch in den Zwischenräumen zwischen den Zellen fand sich eine geringe Zahl der Mikrokokken, welche an der Uebergangsstelle des adenoiden in das subconjunctivale Gewebe und in dem letzteren weit zahlreicher waren und sowohl in den Spalträumen des Bindegewebes, als auch im Protoplasma der lymphoiden und Bindegewebszellen ganze Aggregate bildeten.

Zur Aussaat benutzte Schmidt das Secret oder, seltener, den Follikelinhalt von 62 Kranken und erhielt den „Trachomkokkus" in 49 Fällen.

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt er zu folgenden Schlüssen:

1) Das Trachom ist eine mycotische, durch einen specifischen Mikroorganismus hervorgerufene Krankheit.

2) Sattler hat, wie es scheint, denselben Mikrokokkus beobachtet, während Michel es wahrscheinlich mit einer Combination des Trachoms mit Blennorrhoe zu thun hatte.

3) Nach Form und Gruppirung ist der Trachomkokkus am meisten dem Staphylokokkus pyogenes ähnlich und unterscheidet sich von ihm: 1) durch seine Grösse, 2) seine geringe Beweglichkeit, 3) die nur langsame und allmälige Verflüssigung der Gelatine und die zähere Consistenz der Culturen. Ausserdem lagern sich die Trachomkokken zuweilen in Ketten.

4) Charakteristisch für die Culturen auf Blutserum und Agar-Agar ist das Erscheinen von grau- oder milchweissen Flecken mit leicht schleimiger Consistenz längs der Infectionsfurche; das menschliche Blutserum bietet in dieser Hinsicht keinen Unterschied; Gelatine wird verflüssigt, jedoch zuweilen erst sehr spät.

5) Das Wachsthum der Cultur erfolgt weit rascher bei 36—38° C.

6) Durch Impfung wird das Trachom bei Vögeln sehr leicht, bei Säugethieren nur nach Wiederholung derselben in grossen Zwischenräumen hervorgerufen.

7) Die Trachomkokken nisten in allen Schichten der Conjunctiva und des subconjunctivalen Gewebes des Auges des Menschen und der Thiere, welchen das Trachom eingeimpft worden ist.

Kucharski [15]) machte Culturversuche nicht nur mit dem Secrete und Follikelinhalte von Trachomkranken, in verschiedenen Stadien der Entwickelung der Krankheit, sondern auch mit dem Secrete sowohl gesunder, als auch an Folliculosis conjunctivae (Adamük) und Conjunctivitis catarrhalis erkrankter Augen.

Die Resultate der Aussaaten waren:

1) von 7 Gesunden bei verhältnissmässig guten Lebensverhältnissen:

ohne Erfolg	6 Fälle,
Heubacillus	1 Fall.

2) Von 13 Gesunden in einer Kaserne lebenden:

ohne Erfolg	6 Fälle,
Heubacillus	1 Fall,
Staphylokokk. pyogen. aur.	1 „ ,
„Trachomkokkus"	1 „ ,
In der Luft vorkommende Kokken	4 Fälle.

[10]) Bericht über die XIV. Versammlung der ophthalmol. Gesellschaft 1882.

[11]) Bericht der deutschen Cholera-Commission in Aegypten und Suez. Wiener med. Wochenschr. 1883, pag. 1550.

[12]) Ueber das Vorkommen von Karyokinese in der entzündeten Bindehaut des Menschen. Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1884, pag. 97.

[13]) Der Mikroorganismus der sog. ägyptischen Augenentzündung (Trachomkokkus). Arch. f. Augenheilk. Bd. XVI, 1886.

[14]) Ueber die Mikroorganismen bei dem Trachom und einigen anderen mycotischen Krankheiten der Bindehaut des Auges. Dissert. St. Petersburg 1887 (russ.).

[15]) Zur Frage von dem Mikroorganismus des Trachoms. Medizinski Sbornik der Kaukasischen Medicinischen Gesellsch. № 45. 1887.



3) Aussaat des Secretes von 9 an acutem Trachom Leidenden:
nur Stäbchen . . . . 3 Fälle,
nur „Trachomkokken" . . . . . 1 Fall,
„Trachomkokken" und Stäbchen . 4 Fälle,
ohne Erfolg . . . . 1 Fall.

4) Aussaat des Follikelinhaltes von 4 Kranken mit acutem Trachom:
nur Stäbchen . . . . 2 Fälle,
nur „Trachomkokken" . . . . . 0 „ ,
„Trachomkokken" und Stäbchen . 0 „ ,
ohne Erfolg . . . . 2 „ .

5) Aussaat des Secretes von 4 Kranken mit chronischem Trachom:
nur Stäbchen . . . . 0 Fälle,
nur „Trachomkokken" . . . . . 1 Fall,
„Trachomkokken" und Stäbchen . 3 Fälle,
ohne Erfolg . . . . 0 „ .

6) Aussaat des Follikelinhaltes von 9 Kranken mit chronischem Trachom:
nur Stäbchen . . . . 0 Fälle,
nur „Trachomkokken" . . . . . 8 „ ,
„Trachomkokken" und Stäbchen . 1 Fall,
ohne Erfolg . . . . 0 „ .

7) Aussaat des Secretes von 9 Kranken mit Folliculosis conjunctivae (Adamük):
nur „Trachomkokken" . . . . . 2 Fälle,
? . . . . . 7 „ .

8) Bei der Aussaat des Secretes von 2 Kranken mit Conjunctivitis catarrhalis acuta et chronica erhielt Kucharski mehrere Arten von Kokken (Staphylokokkus pyogen. aur. et albus, Streptokokkus pyogenes, Mikrokokkus citreus et flavus Passet) und Stäbchen (?).

Unter der Bezeichnung „Stäbchen" beschreibt er einen besonderen Mikroorganismus, welcher auf der Nährsubstanz anfangs in Form kurzer Stäbchen erscheint, die sich späterhin zu Streptokokken umbilden. Diese Stäbchen wachsen auf Agar-Agar bei 30—35° C. sehr langsam in Form blassgrauer Puncte, welche allmälig zu einem Häutchen confluiren. Im Anfange der Entwickelung auf Agar-Agar und Blutserum erscheinen sie in Form feiner, bald gekrümmter, bald gerader Stäbchen mit blassgefärbten oder farblosen Zwischenräumen von verschiedener Grösse. Dieselbe Cultur giebt nach 18—98 Tagen das Bild einer fast reinen Cultur von Mikrokokken, von denen die einen als echte Monokokken, die anderen als Diplokokken und die dritten mit ihrer verlängerten Form wie kurze Stäbchen erscheinen.

Im trachomatösen Secrete fand Kucharski nur zuweilen eine ganz geringe Menge von Diplokokken und stets eine grosse Anzahl kleiner Stäbchen, gruppenweise nicht nur frei ausserhalb der Zellen, sondern hauptsächlich in den veränderten lymphoiden Zellen selbst, zwischen den Partikeln des zerfallenen Kernes, im Follikelinhalte ausser Resten der Capillaren und lymphoiden Zellen eine grosse Zahl von Mikrokokken verschiedener Grösse, welche nur bei starker Vergrösserung deutlich sichtbar waren: Stäbchen hat er im Follikelinhalte nie gesehen.

Der „Trachomkokkus" Kucharski's entwickelt sich auf Fleisch-Pepton-Agar und Blutserum in Form feiner weisser Pünctchen, welche ein milchweisses, glänzendes, stark fadenziehendes Häutchen bilden, während er auf Fleisch-Pepton-Gelatine am 3. oder 4. Tage eine trichterförmige Vertiefung und längs des Stichcanals einen grauen Streifen bildet; am 6. oder 7. Tage erscheint auf der Gelatineoberfläche ein weisses, leicht sich in Fäden ziehendes Häutchen und längs des Stichcanals eine Trübung und Verflüssigung und am Ende der 4. oder 5. Woche ist die Gelatine vollständig verflüssigt. In 8% Gelatine erfolgt die Verflüssigung weit langsamer als in 5%. In seinen morphologischen Eigenschaften ist der Trachomkokkus dem Gonokokkus und den pyogenen Mikrokokken überhaupt ähnlich.

Kucharski betont, dass seine Resultate in einigen Puncten mit denen seiner Vorgänger nicht übereinstimmen, weiss jedoch den Grund davon nicht anzugeben und zieht aus seiner Arbeit folgende Schlussfolgerungen:

1) Da bei Trachom von vielen Untersuchern im Follikelinhalte stets ein Mikroorganismus mit charakteristischen morphologischen und biologischen Eigenschaften gefunden worden ist, so ist dasselbe als eine Krankheit sui generis zu betrachten. Die pathogene Wirkung des gefundenen Mikroorganismus ist noch nicht bewiesen, da die von Sattler und Michel bei der Einimpfung von Culturen in die menschliche Conjunctiva erzielten positiven Resultate — hauptsächlich wegen ihrer geringen Anzahl (nur je 1 Fall bei beiden Autoren) — wenig überzeugend sind.

2) Um die morphologischen Eigenschaften dieses Mikroorganismus, welcher sich nach Meinung einiger Autoren im Secrete in geringer Menge und nur zuweilen, nach Anderen zahlreich und constant findet, als Diplokokkus sicher festzustellen, ist eine Reihe zahlreicher Untersuchungen nothwendig.

3) Den stets im Secrete vorhandenen kleinen Stäbchen, welche sich später zu Streptokokken umbilden, ist eine besondere Aufmerksamkeit zu widmen, da anzunehmen ist, dass sie eines der Entwickelungsstadien eines und desselben trachomatösen Mikroorganismus darstellen.

4) Das Studium der morphologischen Eigenschaften der erwähnten Stäbchen kann zur Erkenntniss des Weges, auf welchem die Infection mit Trachom erfolgt, worüber bis jetzt nur theoretische Annahmen vorliegen, führen.

5) Die von Michel beim Trachom gefundenen, dem Gonokokkus ähnlichen Diplokokken bieten nichts Charakteristisches.

6) Der von mir beim Trachom gefundene Mikrokokkus wächst auf festen Nährsubstanzen bei 30—35° C. in Form weisser, zu einer stark fadenziehenden Membran confluirender Fleckchen.

7) Fleisch-Pepton-Gelatine (5—8%) wird stets verflüssigt und auf ihrer Oberfläche bildet sich ein weisses, stark fadenziehendes Häutchen.

8) Bei erhöhter Temperatur erfolgt die Entwickelung der Cultur unvergleichlich rascher.

9) Die Cultur des in Rede stehenden Mikroorganismus kann in gewisser Hinsicht mit dem Staphylokokkus pyogenes albus und anderen in der Luft vorkommenden Mikrokokken verwechselt werden.

10) Durch Einimpfung der Cultur ist es mir nicht gelungen bei Vögeln, Säugethieren und Menschen das echte Trachom hervorzurufen.

11) Bei Impfung des Follikelinhaltes in die Conjunctiva des Katzenauges dagegen erfolgte eine Entwickelung von den trachomatösen analogen Körnchen.

12) Das Trachom und die Folliculosis Conjunctivae, welche sich nach einigen Autoren in klinischer Hinsicht wesentlich von einander unterscheiden, sind vom bacteriologischen Gesichtspuncte, da bei beiden Erkrankungen derselbe Mikroorganismus gefunden worden ist, als identisch zu bezeichnen.

Goldschmidt's[16]) „Trachomkokkus" entwickelt sich auf festen Nährsubstanzen bei Zimmertemperatur langsam, rascher bei Körpertemperatur; auf Agar-Agar entwickelt sich längs der Infectionsfurche ein weisser, bei der weiteren Entwickelung in Orange übergehender Streifen; auf Gelatine, welche sich dabei nie verflüssigt, bildet sich eine tulpenartige Einstülpung. Im Uebrigen ist nach Goldschmidt's Ansicht sein Trachomkokkus dem Michel'schen vollständig ähnlich.

Washejewski[17]) untersuchte 30 Kranke in den verschiedenen Entwickelungsperioden des Trachoms und fand in mikroskopischen Präparaten vom Inhalte der mit Fuchsin oder Methylviolett gefärbten Papillen ausser Plattenepithel hauptsächlich lymphoide Zellen und in geringer Anzahl rothe Blutkörperchen; nur selten fanden sich in den Lymph-, und etwas häufiger in den Epithelzellen, bald einzelne Kokken, bald einzelne Gruppen derselben. Ueberhaupt waren die mikroskopischen Präparate nach seiner Ansicht arm an Kokken und hat er andere Mikroorganismen niemals auffinden können. 36 Stunden nach der Aussaat des Secretes oder des Follikelinhaltes auf Gelatine bildete sich längs des Infectionsstriches ein weisslicher Streifen, welcher am 4. Tage grösser und weissgrau erschien, wobei zugleich schon eine Erweichung der Gelatine bemerkbar war; zu einer wirklichen Verflüssigung der letzteren kam es nie und zog sie sich an einem eingeführten Drahte schleimartig. Nach 4 Wochen nahm die Cultur eine gelbliche Färbung an — besonders deutlich auf Agar-Agar. Die Impfungen sowohl des cultivirten, morphologisch dem Gonokokkus ähnlichen Mikrokokkus, als auch sogar des trachomatösen Secretes in die Conjunctiva verschiedener Thiere blieben vollständig resultatlos.

Staderini[18]) hat nur in einem der von ihm untersuchten Fälle im Secrete Kokken gefunden. Auf Schnitten sah er fast immer im Protoplasma vieler lymphoider Zellen des Follikels je 3 und mehr Diplokokken, welche zwischen den Zellen nur spärlich vorhanden waren. Die von ihm erhaltene Reincultur des Trachoms entwickelte sich auf Fleisch-Pepton-Agar anfangs in Form gelblich grauer Pünctchen, welche sich allmälig vergrösserten und zu einer gelblichen Membran confluirten. Bei Zimmertemperatur erfolgte das Wachsthum ziemlich rasch. Nach 4 Tagen begann die Gelatine sich zu verflüssigen und erschien nach 20 Tagen vollständig verflüssigt. Eine solche Cultur, wie die von Staderini beschriebene, zeigt nach Baumgarten[19]) keinen wesentlichen Unterschied gegenüber dem Staphylokokkus pyogenes aureus.

Schmidt-Rimpler[20]) fand beim Trachom einen Diplokokkus, welcher sich sowohl morphologisch als auch biologisch in nichts von dem Michel'schen Trachomkokkus unterscheidet. Die Impfung der Reincultur gab in 3 Fällen auf Menschen ein vollständig negatives Resultat.

Nach Erscheinen der oben angeführten, auf einen specifischen Mikroorganismus des Trachoms hinweisenden Arbeiten wurde von mehreren Seiten ein Zweifel darüber ausgesprochen, dass die bis dahin beim Trachom cultivirten Mikroorganismen wirklich

[16]) Zur Aetiologie des Trachoms. Centralbl. f. kl. Med. 1887, № 18.

[17]) Zur Aetiologie und Therapie des Trachoms. Wojenno-Med. Shurnal 1887, October.

[18]) Richerche sulla istologia e sulla patogenesi della conjunctivite tracomatosa. Annali di ottalmologia 1888.

[19]) Baumgarten's Jahresbericht von 1887, p. 72, Anmerk.

[20]) VII. period. intern. Ophthalmologen-Congress 1888, p. 395.



als die Erzeuger des Trachoms zu betrachten seien. Wenn wir von Baumgarten[21]) absehen, welcher sich mit grossem Zweifel über die cultivirten Trachomkokken im Sinne von für das Trachom specifischen Mikroorganismen äusserte, so war Sattler[22]) der Erste, welcher direct gegen die früheren Untersuchungen auftrat und sein Vortrag auf dem VII. internationalen Ophthalmologen-Congresse schloss mit den Worten: „Immerhin lassen aber eine Reihe von Umständen, so das nur vereinzelte Aufkeimen von Culturen, die Schwierigkeit, in Schnitten und in auf Deckgläser aufgestrichenem Secrete oder Follikelinhalt einige Kokken nachzuweisen, und vor Allem die Thatsache, dass Uebertragungen von Culturen auf die menschliche Bindehaut, sei es mit, sei es ohne vorherige, oberflächliche Scarificationen derselben, nur ganz ausnahmsweise ein positives Resultat ergeben haben, in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle aber negativ ausfielen, es noch sehr fraglich erscheinen, ob diesen Mikrokokken die Rolle von Krankheitserregern beim granulösen Processe zukomme."

Fast zu derselben Anschauung kam auch Wittram[23]), der von 39 Trachomkranken 111 Aussaaten auf Fleisch-Pepton-Agar und condensirtem Ochsenblutserum (davon 19 Mal auf Platten) machte und zur Aussaat hauptsächlich den Follikelinhalt benutzte. Nur in 46 der inficirten Probirgläschen fand er Kokken, welche morphologisch und biologisch den Trachomkokken der früheren Autoren entsprechen, und unterschied 4 Arten derselben: 1) einen milchweissen, Gelatine nicht verflüssigenden Kokkus, 2) einen milchweissen, Gelatine früher oder später verflüssigenden, 3) einen orangegelben, Gelatine nicht verflüssigenden und 4) einen gelben, Gelatine nach 2 Tagen verflüssigenden Kokkus.

Alle diese Kokken erwiesen sich als nicht pathogene, da Injectionen der Reinculturen derselben unter die Haut und in die vordere Kammer von Kaninchen und Impfungen derselben in die menschliche Conjunctiva ein negatives Resultat ergaben. Sowohl bei der mikroskopischen Untersuchung des Follikelinhaltes auf Glasplättchen, als auch von Schnitten durch die Conjunctiva fand Wittram trotz der Anwendung verschiedener Färbungsmethoden nie Mikroorganismen, in ungefärbten Präparaten des Follikelinhaltes dagegen, bei der Untersuchung in frischem Zustande, fast in jedem Gesichtsfelde kokkenartige, sich durch starke Lichtbrechung und Kugelform auszeichnende Gebilde, während im Secrete Kokken und Diplokokken von verschiedener Grösse und bald längere, bald kürzere Stäbchen sichtbar waren. Auf Grund seiner Beobachtungen und der Untersuchungen der früheren Autoren kommt Wittram zu dem Schlusse, dass die für die pathogenen Eigenschaften der bis jetzt beim Trachom cultivirten Mikroorganismen, im Sinne von das Trachom erzeugenden Parasiten, angeführten Argumente grösstentheils falsch oder ungenügend seien.

Klinisches Material.

Aus der Uebersicht der Literatur ist ersichtlich, dass 1) im Secrete des Conjunctivalsackes sich beim Trachom verschiedene Mikroorganismen finden, 2) im Follikelinhalte ein Mikroorganismus nur mit Mühe zu entdecken ist, der sich aber stets, wenn er gesehen wurde, als Kokkus qualificirte, und 3) die von verschiedenen Autoren erhaltenen Reinculturen verschiedenartige waren und ihr pathogener Charakter im Sinne von das Trachom erzeugenden Parasiten als nicht genügend bewiesen betrachtet wird.

Ausserdem findet sich in allen diese Frage behandelnden Arbeiten noch ein schwacher Punct, dass nämlich die Autoren bei dem Hinweise auf den specifischen Mikroorganismus des Trachoms sich vorzugsweise auf eine grössere Zahl von hauptsächlich durch Aussaat des Secretes und selten des Follikelinhaltes erhaltenen Culturen stützen, während zum Beweise des Vorhandenseins des Mikroorganismus im Gewebe selbst nicht genügende Argumente angeführt werden.

In Folge dessen erschien es mir nothwendig: 1) das Hauptaugenmerk vor allen Dingen auf die Beweisführung des Vorhandenseins eines Mikroorganismus im veränderten Gewebe zu richten, 2) die morphologischen Eigenschaften dieses Mikroorganismus, ebenfalls im Gewebe, zu bestimmen, und endlich 3) die durch Aussaat des Follikelinhaltes erhaltenen Culturen zu studiren.

Das zu diesen von mir geplanten Untersuchungen nöthige Material verdanke ich der besonderen Liebenswürdigkeit des Oberarztes sowie aller Aerzte der St. Petersburger Augenheilanstalt, wo ich durch ihre Vermittelung eine genügende Menge des Follikelinhaltes von 26 Kranken mit gut entwickeltem Trachom und ausserdem von 12 dieser Kranken die zu Schnitten nothwendigen Uebergangsfalten erhielt.

Um Wiederholungen zu vermeiden, stehe ich von einer Beibringung der einzelnen Krankengeschichten ab und beschränke mich auf eine allgemeine Beschreibung des bei den von mir benutzten Kranken vorhandenen Krankheitsbildes: Die Uebergangsfalten waren stark verdickt, leicht hyperämisch und mit einer Menge gelblicher, halbdurchsichtiger, rundlicher, in Reihen gelagerter Erhöhungen bedeckt, welche in einigen Fällen so stark entwickelt waren, dass die Uebergangsfalte beim Abziehen des Lides nach unten sich hervorstülpte und ein blumenkohlartiges Aussehen darbot. Diese Veränderungen waren auf beiden Uebergangsfalten fast gleichmässig und gingen auch auf die Conjunctiva tarsi und in geringerem Grade auf die Peripherie der Conjunctiva bulbi über. Schleimig-eitriges Secret. Complicationen fehlten. Falls dabei die Krankheit einen acutcatarrhalischen Charakter zeigte, wurden die Kranken zuvor einer entsprechenden Behandlung unterworfen.

Der Follikelinhalt wurde sowohl am oberen wie am unteren Lide mit einer Pincette nach dem Muster der von Liebreich zur Entfernung von Resten der Linsenkapsel construirten, ausgedrückt, die Uebergangsfalten mit der Scheere herausgeschnitten. In beiden Fällen wurde Pat. 1/4 Stunde vor der Operation cocainisirt (Cocaini muriat., Acid. borici āā 0,5, Aq. dest. 10,0) und unmittelbar vor derselben der Conjunctivalsack sorgfältig mit Sublimatlösung (1 : 5000) ausgespült, welche sodann mit Sublimatwatte entfernt wurde. Die zur Operation gebrauchten Instrumente wurden stets vorher ausgeglüht. Der ausgequetschte Inhalt wurde sofort mit Hilfe eines öhrartig gebogenen Platindrahtes in einem Probirgläschen auf die Oberfläche von 5 % Fleisch-Pepton-Gelatine, die ausgeschnittenen Uebergangsfalten sofort in 75 % Weingeist gebracht.

Das Secret von Trachomkranken habe ich bei meinen Untersuchungen nicht benutzt 1) weil es, wie die Arbeiten der früheren Autoren gezeigt haben, keine besondere Bedeutung für die Lösung der uns interessirenden Frage haben kann und 2) hauptsächlich deshalb, weil der Conjunctivalsack in Folge seines anatomischen Baues und seiner offenen Lage besonders günstige Bedingungen bietet für das Eindringen von Fremdkörpern und namentlich von niederen Organismen aus der Luft, deren Entwickelung hier durch die Feuchtigkeit, die schwach alkalische Reaction der Thränenflüssigkeit und die Temperatur des Conjunctivalsackes (35—36° C.) gefördert wird. Ausserdem ist noch die Möglichkeit der Einwanderung von Mikroorganismen aus der benachbarten Mund- und Nasenhöhle durch den Ductus nasolacrymalis zu berücksichtigen. Aus den Arbeiten Gifford's[24]), Fick's[25]), Felser's[26]), Gombert's[27]) u. A. ist ersichtlich, welch' günstigen Boden die Conjunctiva für die Entwickelung niederer Organismen bietet, welche sich im Conjunctivalsacke nicht nur bei pathologischen Zuständen, sondern auch bei normalem Verhalten desselben reichlich finden. Die angeführten Autoren fanden im vollkommen gesunden Conjunctivalsacke ziemlich häufig ausser den unschädlichen Formen von Mikroorganismen auch pathogene, so z. B. den Staphylokokkus pyogenes albus, citreus et aureus. Höchst interessant ist auch die Thatsache, dass Felser[28]) fast in jedem normalen Conjunctivalsacke beim Menschen den Staphylokokkus pyog.

---

[21]) Baumgarten: Lehrb. d. patholog. Mykologie 1888.

[22]) VII. period. internat. Ophthalmologen-Congress 1888. p. 367.

[23]) Bacteriologische Beiträge zur Aetiologie d. Trachoms. Diss. Dorpat 1889.

[24]) Ueber das Vorkommen von Mikroorganismen bei Conjunctivitis eczematosa und anderen Zuständen der Bindehaut u. Cornea. Arch. f. Augenheilk., Bd. XVI, Heft 2.

[25]) Ueber Mikroorganismen im Conjunctivalsacke. Wiesbaden 1887.

[26]) Zur Frage der Mikroorganismen der Antiseptik des Conjunctivalsackes. Wratsch 1888, p. 849.

[27]) Gombert, Referat im Wratsch 1889, p. 714.

[28]) l. c. p. 850.

alb. fand, welcher der Bindehaut von Tauben oder Kaninchen eingeimpft oder in die vordere Kammer der letzteren injicirt nicht einmal eine leichte Reizung zur Folge hatte.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

G. Armauer Hansen (Bergen): Ist die Lepra eine „im Aussterben begriffene" Infectionskrankheit und ist sie erblich? (Virchow's Archiv Bd. 120, Heft 3.)

H. wendet sich gegen Prof. Baumgarten, der in seinem Jahresbericht pro 1888 pg. 221 das Aussterben der Lepra unter den nach Nord-Amerika ausgewanderten Norwegern für ein Zeugniss hält, dass die Lepra eine „im Aussterben begriffene" Infectionskrankheit sei, und in seinem Lehrbuch der path. Mykologie II. die erbliche Infection für den häufigsten Uebertragungsmodus erklärt. H. führt dagegen den Zahlenbeleg aus einem Gebiete Norwegens (Nordmoere bei Christiania) an, wo von 1856—69 die Anzahl der Leprösen von 106 auf 141 stieg, um dann gleichzeitig mit Einführung strengerer Isolirung der Kranken zu fallen und zwar stetig bis auf 83 im Jahre 1880. Die Lepra war also hier bis 1869 nicht aussterbend, sondern zunehmend und fiel bei und in Folge besserer Isolirung der Kranken. Das gleiche Verhältniss sei auch im übrigen Norwegen mit Recht anzunehmen. Für die Sandwich-Inseln scheint es auch unzweifelhaft, dass die Lepra sich in der neuesten Zeit enorm ausgebreitet hat, was in den dortigen Verhältnissen begründet sei.

Der für die Erblichkeit angeführte Umstand, dass die Leprafälle meist sog. Familienfälle sind, beweist nichts für dieselbe, da ja der stete Contact vorhanden. Gegen dieselbe sprechen die nicht so seltenen Fälle, wo Europäer der verschiedensten Nationalitäten nach ihrer Einwanderung in Lepraländer daselbst erkrankten (z. B. Pater Damian). Auch die Abnahme der Leprösen in Norwegen von gegen 2000 im Jahre 1856 auf etwa 800 in der Gegenwart dürfte doch wohl nicht auf weniger zahlreiche Vererbung, als auf bessere Isolirung zu beziehen sein, für die das Landvolk in Norwegen jetzt auch schon Verständniss gewinnt.

Köhl: Oeleingiessungen in den Darm bei Ileus. (Corr.-Bl. für Schw. Aerzte 1889, № 14, pag. 443).

K. ist, im Gegensatz zu Curschmann, davon überzeugt, dass die hohen Darmeingiessungen doch einen nicht zu unterschätzenden Werth haben und auch bei über der Bauhin'schen Klappe befindlichen Hindernissen eine segensreiche Wirksamkeit zu entfalten im Stande sind. Er stützt sich dabei namentlich auf einen letal verlaufenen Fall, in welchem durch Section die Lösung eines Volvulus im untersten Ileumabschnitt (6—55 Ctm. oberhalb der Valv. Bauhini) nachgewiesen wurde. Das Quantum des in der Knieellenbogenlage, bei manueller Compression des Afters, eingegossenen Olivenöls betrug im Ganzen 2 Liter und kam am 17. Tage der Stuhlverhaltung, am 5. des Erbrechens und der Schmerzen, in zwei Portionen (1½ Liter und ½ Liter) zur Anwendung. Obgleich in der darauf folgenden Nacht copiöse Stühle erfolgten und das Erbrechen aufhörte, trat doch, was bei frühzeitig vorgenommener Oeleingiessung wahrscheinlich nicht geschehen wäre, der Tod an Darmparalyse zwei Tage später ein. Fremmert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

R. Kafemann: Schuluntersuchungen des kindlichen Nasen- und Rachenraumes an 2238 Kindern mit besonderer Berücksichtigung der Tonsilla pharyng. und der Aprosexia nasalis. Danzig 1890. A. W. Kafemann.

Verf. untersuchte 2238 Volksschüler [1100 Knaben, 1102 Mädchen; 36 schwachsinnige Kinder (19 Knaben, 17 Mädchen)] im Alter von 6—14 Jahren.

Es fand sich „eine ausgesprochene Hypertrophie" der Tonsilla pharyngea unter den 1100 Knaben 86 Mal = 7,8%. Davon 31 schlechte Hörer; diese zugleich schlechte Lerner, die dem Unterricht nicht folgen konnten. Mit letzterer Eigenschaft (ohne Gehörsaffection) noch 12 Knaben (Aprosexia Guye's). Doch ist zu bemerken, dass 5 Knaben als intelligent und ausgezeichnet lernend angegeben wurden, während bei 6 schwachsinnigen keine Veränderungen gefunden wurden. — In 592 Fällen (65,4%) leichte Schwellung der Tonsille, in 227 stärkere (180 geringen, 47 höheren Grades).

Bei den 1102 Mädchen (rhinoskopirt nur 927) fand sich ausgesprochene Hypertrophie 117 Mal (10,6%). Die Zahlen sind: 564 Mal Nase normal, 158 Mal unbedeutende, 88 Mal erhebliche, 117 Mal ausgesprochene Hypertrophie. Von den letzten 117 waren 29 = ¼ geistig zurückgeblieben (Aprosexie).

Im Anschluss hieran spricht Verf. über die Operation, die er in leichter Narkose mit dem Kühn'schen Löffel vorzunehmen räth, wodurch es ihm „fast immer die ganze Tonsille mit einem Griffe herauszunehmen" gelingt. (Ref. renoncirt auf die Narkose und würde das Gottstein'sche Instrument sehr empfehlen, mit dem die in fast parallelen Reihen angeordneten zapfenartigen Gebilde der Tonsille — Verf. hat mehr die kuglige Form beobachtet — bequem und total, aber nie in einer Sitzung, entfernt werden können).

Einen Parallelismus zwischen der Hypertrophie der Pharynxtonsille und derjenigen der Gaumentonsille hat Verf. nicht nachweisen können.

Pharyngitis granulosa fand Verf. in 400 Fällen (78 Mal excessiv grosse, 38 Mal kleinere, aber dicht gesäte Granula) bei Knaben. Bei den Mädchen war diese ungleich seltener, welches Verhältniss er auf das Rauchen schlechten Tabaks, einen Unfug der Volksschüler, beziehen zu müssen glaubt.

Bei der Untersuchung der Nasen findet Verf.: 1) Verdickungen im knorpligen Theile, Leisten und Wülste bei Knaben 191 Mal (132 links, 51 rechts, 8 beiderseits), bei Mädchen nur 95 Mal (65 links, 30 rechts); 2) Deviationen des knorpligen Septi bei Knaben 84 Mal (54 l., 30 r.), bei Mädchen 50 Mal (39 l., 11 r.); 3) Deviationen des knorpeligen und knöchernen Septi bei Knaben 161 Mal (77 l., 84 r.), bei Mädchen 128 Mal (70 l., 58 r.); 4) Hypertrophie der mittleren Muscheln bei 6 Knaben und 5 Mädchen (die Zahl ist wohl zu klein, da wegen Widerspänstigkeit nicht alle Kinder vollständig untersucht werden konnten); 5) Hypertrophie der unteren Muscheln bei 68 Knaben (6,18%), darunter Himbeerpolypen in 20 Fällen (1,8%), bei 36 Mädchen, davon 7 Polypen; 6) Ozaena bei 10 Knaben (0,91%) und 29 Mädchen (2,63%).

Von den schwachsinnigen Kindern (19 Knaben, 17 Mädchen) konnte Verf. nur 15 Knaben untersuchen. Das Resultat führen wir mit eigenen Worten des Verf.'s an: „Bei den 15 spiegelgerecht untersuchten Knaben dagegen fand ich 5 Mal hochgradige Hypertrophie der Rachenmandel mit Störungen der Sprache, des Ohres etc., d. h. bei 33,3% der Fälle". Dieses Resultat ist um so beachtenswerther, als es sich um Knaben zwischen 11 — 13 Jahren handelte, denen man rechtzeitig unendlichen Nutzen hätte bringen können, da erfahrungsgemäss die Entwickelung der Rachenmandelhypertrophie in's 5. und 6. Jahr fällt.

Zum Schlusse wendet Vf. sich an die Eltern mit der Mahnung, diese Krankheiten ja nicht zu übersehen, im Interesse ihrer Kinder, und ebenso an die Schulen. Neumann.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat

in den Jahren 1888—1889.

(Schluss).

Herr Otto: *Ueber den pleuritischen Schmerz und seine Behandlung* durch part. Compression des Thorax. (Der Vortrag ist in der Berl. kl. W. № 39, 1889 erschienen).

Discussion. Herr Ströhmberg glaubt, dass die Lagerung des Kranken weniger durch den Schmerz, als ganz besonders durch die Athemnoth bedingt werde.

Herr Otto führt aus, dass der Schmerz unter allen Umständen das ursächliche Moment abgeben müsse, die Athemnoth käme erst in zweiter Linie in Betracht. In nicht seltenen Fällen könne man beobachten, wie die Kranken ganz instinctiv durch Druck mit der eigenen Hand gegen die schmerzhafte Thoraxstelle Erleichterung suchen. Sein Verfahren sei nur die praktischen Consequenz dieser Thatsache.

Herr Meyer bestätigt in vollem Umfange die günstigen Erfolge der Compression bei acuter Pleuritis. Für die Pleuropneumonie gelte dies nicht, liege aber auch nicht im Sinne des Vortr.

Herr Zoege von Manteuffel fragt, wie die Behinderung der Thätigkeit des Zwerchfelles bei Compression des unteren Thoraxabschnittes zu Stande käme? Die Verschiebung der Pleuren bestehe ja fort.

Herr Otto führt das Zustandekommen der Behinderung einerseits auf die hierdurch entstehende Inactivität in der inspiratorischen Aufgabe des M. serrat. post. inf. zurück; andererseits würden die Organe der Bauchhöhle am lateralen Ausweichen verhindert.

Herr Westphalen verfügt über einen Fall, wo durch Compression des unteren Thoraxabschnittes Schmerzen im oberen Theile des Brustkorbes zur Wahrnehmung des Kranken gelangten.

Herr Meyer theilt folgenden *Fall aus seiner Praxis* mit:

Ein 8 Monate altes Kind (Knabe) wurde am 28. Febr. 1888 nach Ablauf einer leichten Bronchitis geimpft. Mit derselben Lymphe wurden zwei Erwachsene revaccinirt und ein anderes Kind vaccinirt. Pockenpusteln entwickeln sich normal, typisch. Am 7. März gerufen, fand M. den Knaben soporös, Temp. 39,8°, Puls 140—150, ungleich, schwach. Ueber den ganzen Körper zerstreut linsen- bis erbsengrosse bläuliche Flecken mit verwaschenen Rändern. Auf Fingerdruck bleibt die Mitte derselben roth. Das Fieber hatte sich nach Angabe der Eltern gleich nach Mitternacht eingestellt; um 5 Uhr Nachmittags Exitus letalis.

Section. Am Körper überall linsen- bis bohnengrosse Flecke. Die Gefässe des subcutanen Zellgewebes stark injicirt, die Umge-



bung blutig imbibirt. An den Conjunctiv. palpebr. kleine Petechien. Die Impfschorfe sind gut entwickelt, hier keine entzündliche Reaction. Am Herzen nichts Bemerkenswerthes. Pleurablätter hier und da stärker injicirt. Milz, Leber, Nieren und Peritoneum normal. Nur am Peritoneum des Darmes hier und da stärkere Injection. Mesenterialdrüsen geschwellt. An den Knochen keinerlei pathol. Veränderung.

M. deutet den Fall als Variola septica haemorrhagica und erwähnt einer weiteren Beobachtung, die er zur Zeit der letzten Pockenepidemie in Dorpat gemacht hat: Eine jüdische Wöchnerin erkrankte an Variolois. Ihr Kind wurde sofort geimpft. Trotz tadelloser Entwickelung der Impfpusteln erkrankte das Kind am 11. Tage post vaccinat. an typischer Variola, der es in Kürze erlag.

Herr Jaesche stellt einen *Kranken mit vernachlässigtem Trachom* vor:

Auf beiden Augen die Conjunctiva völlig atrophisch, die unteren Lidränder geschwunden, von einer Uebergangsfalte keine Spur, so dass die Conjunctiva vom Bulbus unmittelbar in die excoriirte Wangenhaut übergeht. Die rechte Hornhaut in toto leukomatös. Sehvermögen = 0. Auf der linken Cornea ein Geschwür, das die obere Hälfte fast ganz einnimmt. Dabei Schmerzen und Thränenträufeln dieses Auges.

Nachdem das Cornealgeschwür durch Thermocauterisation soweit zur Heilung gebracht war, dass eine nur unbedeutende Trübung der Hornhaut im Centrum restirte, schritt J. zur plastischen Operation des unteren Augenlides: Horizontaler Schnitt an der Grenze zwischen Conjunctiva und Wangenhaut. Von den Endpuncten desselben, dem inneren und äusseren Augenwinkel entsprechend zwei weitere, 1½ Ctm. lange, verticale Schnitte nach abwärts. Abpräpariren des so umschriebenen Lappens bis zu seiner Basis. Darauf Transplantation eines der inneren Seite des Oberarmes entnommenen Hautlappens in den Hautdefect. Trotz Anheilung per primam liess sich die Abstossung seines oberen Randes nicht ganz vermeiden.

Eine wirkliche Uebergangsfalte ist durch das von J. gewählte Verfahren nicht erzielt worden, doch ist der Lidschluss genügend und hat sich jetzt 6 Wochen lang gut bewährt.

Schliesslich wurde die Wiedereröffnung des Thränenganges mit einem bleiernen Stift versucht, dessen sich J. mit Vortheil zu bedienen pflegt. (Demonstration desselben).

Herr Otto beanstandet im speciellen Falle die Indication zur Wiedereröffnung des Ductus lacrymalis, da der Zugang desselben sich nach wie vor in einem Abstande von 3—4 Mm. vom inneren Augenwinkel befindet.

Herr Jaesche möchte, wo keine spontane Aufsaugung der Thränenflüssigkeit erzielt werden kann, nicht ganz auf die Durchgängigkeit des Kanals verzichten, da bei gewisser Lage und Haltung des Kopfes ein mechanischer Abfluss noch möglich wird.

Herr Ströhmberg möchte in Anbetracht der Verkürzung des oberen Augenlides lieber Transplantation eines Stückes Lippenschleimhaut auf den intermarg. Rand empfehlen (Story). Die Gefahr einer Verkürzung des Lides und der aus der Haut hervorwachsenden Härchen wird sicher vermieden.

Herr Hartge: *Ueber Harnsarcineculturen.*

Der in Rede stehende Spaltpilz ist bisher 9 Mal im Harne gefunden (cf. Hartge, diese Wochenschr. 1886, № 48 und 49 und 1890 № 22), jedoch erst vom Vortr. erfolgreich gezüchtet worden; die hierbei gewonnenen Resultate sind folgende:

1) In flüssigen Nährböden, wie Brunnenwasser, destillirtem Wasser, 1,5—2,0% Traubenzuckerlösung, Bouillon, normalem Harn, findet bei gewöhnlicher Zimmertemperatur kein Wachsthum der Sarcine statt; dieselbe wird nach 2—3—4 Tagen von anderen Mikrobien (Mikrokokkus ureae u. s. w.) bald überwuchert, die Nährböden werden trübe, zersetzt, die Sarcine verschwindet, fällt der Fäulniss anheim.

2) Ebenso negativ fielen die Versuche mit denselben sorgfältig sterilisirten Flüssigkeiten, sowohl bei Zimmertemperatur, als auch im Thermostaten aus.

3) Nährgelatine und Nährgelatine + Urin (steril) gaben bei Zimmertemperatur negatives Resultat: Es war kein Wachsthum der Sarcine zu constatiren, sie hielt sich vielmehr bis zu 2—3 Wochen unverändert, d. h. so lange bis die ganze Masse verflüssigt und verfault war. Im Brütofen war die Gelatine schon nach einigen Tagen zersetzt.

4) Versuche mit Platinsäckchen, die Sarcine isolirt zu angeln, scheiterten wegen gleichzeitiger Verunreinigungen (Eiter, Bacterien u. s. w.).

5) Impfungen auf Agar-Agar (alkalisch nach Hüppe) und Agar-Agar + Urin (alkalisch) fielen auch negativ aus; nur hielten sich im Plattengusse im Thermostaten die Sarcinen unverändert bis zu 4 Wochen und darüber.

6) Saure und neutrale 0,5—1,0% Agarlösung mit Sarcinenharn geben sofort positive Erfolge. Man hat im Plattenguss sofort die schönste Reincultur. Von diesen Reinculturen gelingen Stich- und Strichculturen auf denselben Agar-Agarnährböden sehr schön. Desgleichen wachsen und vermehren sich Impfungen im Brütofen, welche von den Reinculturen in die früheren sterilen flüssigen Nährböden vorgenommen werden (Traubenzuckerlösung, Wasser, Harn u. s. w).

Die Harnsarcine unterscheidet sich von der Magen- und Lungensarcine in folgenden, wesentlichen Puncten:

1) Sie wächst auf Agar-Agar (0,5—1,0% sauer und neutral) nur bei Körpertemperatur, die Lungen- und Magensarcine — bei Zimmertemperatur.

2) Die Harnsarcine ist weit weniger widerstandsfähig gegen andere Mikroorganismen.

Untersuchungen über specielle Biologie und Systematik der Sarcina urinae, sowie Transplantationsversuche auf Thiere behält H. sich vor.

Vermischtes.

— *Ordensverleihungen: Der St. Annen-Orden II. Classe* — dem Oberarzt des Michaelhospitals zu Tiflis, Staatsrath Dr. M. Hohlbeck; dem älteren Kreisarzt des St. Petersburger Gouvernement, Staatsrath Stromberg in Zarskoje-Sselo, und dem Experten für chemisch-mikroskopische Untersuchungen bei der Civil-Medicinalverwaltung Kaukasiens in Tiflis, Wirkl. Staatsrath Mag. chem. v. Struve.

— *Ernannt:* Der ordentliche Professor der Warschauer Universität, Wirkl. Staatsrath Dr. Popow — zum ordentl. Professor der therapeutischen Klinik an der militär-medicinischen Academie und der Privatdocent der mil.-med. Academie, Staatsrath Dr. Schidlowski — zum ausserordentl. Professor der Hygiene an dieser Academie.

— *Verstorben:* 1) Am 6. Juli der ehemalige Professor der Botanik an der Dorpater Universität, Wirkl. Staatsrath Dr. med. Alexander v. Bunge, im Alter von nahezu 87 Jahren. In ihm ist einer der ältesten der noch lebenden Lehrer und zugleich einer der ältesten der noch lebenden Jünger der Dorpater Hochschule hingeschieden. B. war in Kiew geboren, besuchte das Dorpater Gymnasium und bezog i. J. 1821 die Dorpater Universität, an welcher er bis 1825 Medicin studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde (1825) wurde er Kreisarzt in Barnaul (Gouv. Tomsk) und war dann successive Arzt bei den Kolywan'schen Hüttenwerken, beim Hospital in Barnaul, zuletzt in Smeinogorsk im Gouv. Tomsk. Hier beschäftigte er sich eifrig mit der Botanik und betheiligte sich im J. 1830 an einer von der Academie der Wissenschaften ausgerüsteten Expedition nach Chiwa und später in den östlichen Theil des Altai. Nach seiner Rückkehr (1833) wurde er zum ausserordentl. Professor der Botanik in Kasan ernannt, von dort aber bereits i. J. 1836 nach Dorpat berufen, um an Ledebour's Stelle den Lehrstuhl der Botanik zu übernehmen. In dieser Stellung hat Bunge bis zu seiner Pensionirung i. J. 1867 gewirkt und von Dorpat aus eine wissenschaftliche Expedition nach Persien unternommen. Die Ergebnisse seiner Reisen hat B. in mehreren, für die Erforschung der Flora Russlands und namentlich der Steppengebiete sowie der angrenzenden Länder Mittelasiens grundlegenden Werken bearbeitet. Bunge verlebte seine letzten Jahre in Dorpat und erfreute sich trotz seines hohen Alters einer seltenen Geistesfrische. Sein Andenken wird in der Wissenschaft, wie auch unter seinen zahlreichen Freunden und Schülern, zu denen auch viele Aerzte gehören, in Ehren bleiben. — 2) In Moskau am 18. Juni Dr. Nikolai Berkut an einem Leberleiden im 68. Lebensjahre. Der Verstorbene gehörte zu den Gründern der Gesellschaft russischer Aerzte in Moskau, deren Präsident er auch einige Zeit war.

— Der Privatdocent der Pharmakologie an der Strassburger Universität, Dr. Woldemar v. Schröder, hat einen Ruf als ordentlicher Professor der Pharmakologie nach Heidelberg erhalten und wird demselben Folge leisten. Schr. hat in Dorpat Chemie studirt, setzte darauf seine Studien in Leipzig fort und ist seit 1883 Privatdocent in Strassburg.

— Prof. Schmidt-Rimpler in Marburg hat die durch die Berufung Prof. Leber's nach Heidelberg vacant gewordene Professur der Augenheilkunde in Göttingen erhalten, nachdem Prof. v. Hippel (Königsberg) den an ihn ergangenen Ruf abgelehnt hat.

— Das *Organisations-Comité des bevorstehenden X. internationalen medicinischen Congresses zu Berlin,* welches bekanntlich aus den Herren Virchow (Vorsitzender), v. Bergmann, Leyden, Waldeyer (Stellvertreter des Vorsitzenden) und Lassar (Generalsecretär) besteht, hat sich, nach der „Allgem. Med. Ctrl.-Ztg.", durch folgende Herren ergänzt: Sanitätsrath Dr. Bartels (Schatzmeister), Generalstabsarzt der Armee Dr. v. Coler, Dr. A. Martin, auf dessen persönliche Vermittelung der IX. Congress sich im Jahre 1887 zu Washington entschloss, im August d. J. in Berlin zu tagen, Geheimrath Pistor, Verfasser der dem Congress gewidmeten Festschrift, Geheimrath Bardeleben, Decan der Berliner medicinischen Facultät, und Geheimrath Graf (Elberfeld), Vorsitzender des deutschen Aerzte-Vereins-Bundes. — Auf solche Weise verstärkt, darf das Organisations-Comité sich den grossen Aufgaben, die noch vor ihm liegen, umsomehr gewachsen fühlen und auf einen vollen Erfolg des Congresses rechnen.

— Auf den X. internationalen med. Congress werden als Repräsentanten der St. Petersburger militär-medicinischen Academie

XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,

St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 29 St. Petersburg, 21. Juli (2. August) 1890

Zur Frage von dem Mikroorganismus des Trachoms.

Von

Dr. D. Shongolowicz.

(Fortsetzung.)

Mikroskopische Untersuchung des Gewebes.

Die Untersuchung des Follikelinhaltes auf die Gegenwart von Mikroorganismen bot im Anfange nicht geringe Schwierigkeiten. Bei der Färbung von Glasplättchen mit aufgestrichenem Follikelinhalte nach der Gram'schen Methode konnten nur in einigen Präparaten, und auch da nur sehr selten, zwischen den lymphoiden Zellen kleine kokkenartige Gebilde mit einem Durchmesser von 0,3 — 0,4 μ. [29]) entdeckt werden, welche im Gesichtsfelde bald einzeln, bald paarweise sichtbar waren; diese Mikroorganismen befanden sich ausserdem in einer gewissen Entfernung von einander; bei flüchtiger Untersuchung konnten sie leicht übersehen werden.

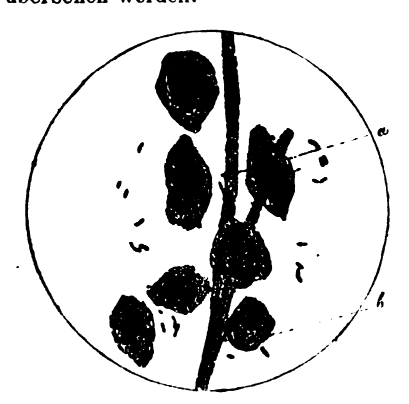


Fig. 1.
Der ausgedrückte Follikelinhalt bei Trachom. Comp. Ocul. №8 u. Apochrom. Obj. 2,0Mm. Zeiss. In einer der lymphoiden Zellen *(b)* und zwischen denselben die Mikroorganismen.

Der ausschliessliche Befund kokkenartiger Körnchen im Follikelinhalte, und zwar in ziemlich beschränkter Anzahl und von bedeutend geringerer Grösse (0,3 — 0,4 μ.) als die bei Trachom von den früheren Autoren gefundenen Mikroorganismen (0,6 — 0,75 μ.), bewog mich zu verschiedenartigen Methoden der Färbung der letzteren zu greifen und stiess ich dabei auf eine Färbungsmethode, bei welcher ich mich überzeugen konnte, dass sich im Follikelinhalte nicht kokkenartige Körnchen, sondern kurze stäbchenartige Mikroorganismen mit hellen Zwischenräumen finden (Fig. 1); in jedem gelungenen Präparate fanden sie sich in Menge und war ihre Gegenwart, bald vereinzelt, bald in Gruppen, entweder zwischen den lymphoiden Zellen *(a)* oder, seltener, im Protoplasma der letzteren *(b)* leicht zu constatiren; die Kerne der lymphoiden Zellen waren dabei auch deutlich gefärbt. Die morphologischen Eigenschaften dieser Stäbchen waren folgende: 1 — 2 μ. lang und 0,3 — 0,5 μ. breit, grösstentheils gerade, ausnahmsweise leicht ausgebogen, selten zu 2 und niemals zu Ketten vereinigt; die Enden abgerundet und grösstentheils intensiver gefärbt als die Mitte.

Der Nachweis dieser Stäbchen war bei folgender Färbungsmethode gelungen: Deckgläschen mit einer aufgestrichenen dünnen Schicht des Follikelinhaltes wurden an der Luft getrocknet, 3 Mal durch eine Flamme durchgeführt und in eine frisch bereitete Gentianviolettlösung (100 Ccm. Anilinwasser, 11 Ccm. einer gesättigten alcoholischen Gentianviolettlösung und 10 Ccm. Alcohol) auf 2 Min. eingelegt und endlich nach ¼ stündiger sorgfältiger Spülung in Aq. dest. mikroskopisch untersucht. Da die Färbung der Mikroorganismen keine intensive war, so benutzte ich in der Folge die Gram-Weigert'sche Methode mit geringen Modificationen, wobei die Mikroorganismen sich intensiver färbten und die Präparate demonstrativer waren: die Deckgläschen mit aufgestrichenem Follikelinhalte wurden auf ca. 15 Min. in oben erwähnte bis zur Entwickelung von Dämpfen erwärmte Lösung getaucht, mit destillirtem Wasser ausgewaschen und auf 3 Min. in die zur Hälfte mit Aq. dest. verdünnte Gram'sche Lösung gethan, sodann nicht mit Alkohol, sondern mit Anilinöl entfärbt, sodann letzteres mit Bergamottöl und darauf mit Xylol abgewaschen; schliesslich wurden die Präparate in Canadabalsam eingeschlossen.

In den so dargestellten Präparaten fand ich Kokken nur ausnahmsweise, jedoch stets oben beschriebene Stäbchen, was mich lebhaft interessirte und bewog, gleichfalls besondere Aufmerksamkeit den Schnitten und Aussaaten zu widmen.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurden nur Schnitte von in Paraffin oder Celluidin eingeschlossenen Stückchen des conjunctivalen Gewebes aus den Uebergangsfalten der unteren Lider benutzt. Hauptsächlich benutzte ich Paraffinschnitte, deren Herstellung folgende war: Die exstirpirten Uebergangsfalten wurden aus dem 75 % Weingeist der Reihe nach 1) auf 24 Stunden oder mehr in 95 % Weingeist gebracht, 2) in absoluten Weingeist 1 Stunde, 3) in Nelkenöl 24 Stunden, 4) nach Trocknung zwischen Fliesspapier in reines Xylol 1 Stunde lang, 5) auf 2 Stunden bei 40° C. in eine gesättigte Lösung von Paraffin in Xylol, 6) auf

[29]) Zur mikroskopischen Untersuchung benutzte ich Apochromat-Objectiv 2,0 Mm. (1,30 N. A.) und Compensations-Ocular № 4, 6, 8 und 12 des Zeiss'schen Mikroskops; die Messungen vollzog ich mit dem Messocular № 6 für obengenanntes Objectiv.

1—2 Stunden bei 52° C. (Schmelzpunct des Paraffins) in reines Paraffin, 7) nach Erstarrung des letzteren wurden mit dem Schantze'schen Mikrotome 0,01 Mm. dicke Schnitte aus der Uebergangsfalte gemacht, dieselben vermittelst Alcohol auf einem mit einer dünnen alcoholischen Lösung weissen Schellackes bedeckten Objectträgern fixirt und endlich 8) wurden die Gläschen bis 52° C. erwärmt und das Paraffin durch sorgfältige Waschung mit Xylol entfernt.

Nach langwierigen Experimenten mit allen möglichen bis jetzt empfohlenen Färbungsmethoden stiess ich endlich auf eine, bei deren Anwendung in den Schnitten die Anwesenheit derselben stäbchenartigen Mikroorganismen deutlich constatirt werden konnte, welche auch im Follikelinhalte gefunden worden waren. Auch hier erwies sich die etwas modificirte Gram-Weigert'sche Methode als die beste. Die Objectträger mit den auf denselben befestigten Schnitten wurden der Reihe nach gebracht: 1) auf 24—48 Stunden in oben erwähnte Gentianviolettlösung, 2) in Aq. dest. ausgewaschen, 3) auf 3—5 Min. in die zur Hälfte mit Aq. destill. verdünnte Gram'sche Flüssigkeit, 4) zur Entfärbung in Anilinöl, 5) in Bergamottöl und zuletzt 6) in Canadabalsam.

In den so erhaltenen Präparaten waren nicht nur die Structur des Gewebes, sondern auch die Mikroorganismen, welche bedeutend intensiver gefärbt erschienen als die Kerne, deutlich zu sehen.

Im Gewebe liessen sich ziemlich deutlich folgende Schichten unterscheiden:

1) Das mehrschichtige Cylinderepithel, zwischen dessen Epithelzellen sich oft ziemlich viele becherartige Schleimzellen und gleichfalls nicht wenig lymphoide Zellen fanden.

2) Das eigentliche Conjunctivalgewebe, welches ziemlich schwach ausgeprägt war und in dem ich auch lymphoiden Zellen begegnete.

3) Die Lymphoidzellenschicht. Diese war stark und bestand hauptsächlich aus einer Anhäufung von Lymphoidzellen, welche grösstentheils (in 10 meiner Fälle) in einzelne Nester (Follikel) gruppirt waren oder, seltener (in 2 Fällen), eine diffus verbreitete Schicht bildeten. Die Follikel wurden von einander getrennt durch eine dünne Schicht Bindegewebe, das einerseits in das eigentliche Conjunctivalgewebe, andererseits in das lockere subconjunctivale Gewebe (4. Schicht) überging. In beiden Fällen drangen Blutgefässe nicht in diese Schicht ein.

4) Die Schicht des lockeren subconjunctivalen Gewebes, reich an Blut- und Lymphgefässen, von denen die Zahl der letzteren hier etwas geringer ist, ausserdem viele Leukocyten, unter welchen sich sehr oft Ehrlich's «Mastzellen» fanden.

In gelungenen Präparaten fanden sich die oben erwähnten Stäbchen in jedem einzelnen Falle in allen Schichten; am geringsten war ihre Zahl in der 3. Schicht, reichlich vorhanden waren sie in der 4. Schicht, wo sie sich entweder einzeln oder in Gruppen, bald innerhalb der Lymphoidzellen, bald in den Bindegewebsspalten fanden.

Endlich darf ich nicht unerwähnt lassen, dass bei meinen Versuchen die Koch-Ehrlich'sche Färbungsmethode anzuwenden, zuweilen im Gewebe einige Stäbchen gefärbt blieben, bald ziemlich intensiv (in den selteneren Fällen), bald sehr schwach (häufiger), und dabei dem äusseren Aussehen nach an die Koch'schen Bacillen erinnerten [30]).

Culturen.

Zu Culturversuchen gebrauchte ich gewöhnlich 1) 5% und 10% Fleisch-Pepton-Gelatine, 2) 1% und 1½% Fleisch-Pepton-Agar, 3) coagulirtes Ochsenblutserum, 4) Kartoffelstücke und 5) Bouillon. Fleisch-Pepton-Agar wurde mit und ohne Glycerin nach Roux und Nocard [31]) bereitet. Die Zubereitung der Nährsubstrate fand nach der von Heidenreich [32]) beschriebenen Methode statt.

Die Aussaaten machte ich stets in doppelten Glasschälchen mit 1½% Fleisch-Pepton-Agar. Zu diesem Zwecke wurde etwas von dem Follikelinhalte auf geglühtem Platindraht in ein 2 Ccm. sterilisirter Bouillon enthaltendes mit sterilisirtem Papier bedecktes sterilisirtes Kelchglas gebracht und daselbst mit einem sterilisirten Glasstabe zerquetscht. Darauf wurde die Bouillon rasch in ein Probirgläschen mit flüssigem 1½% Fleisch-Pepton-Agar bei der Temperatur seines Erstarrens übergegossen, rasch durchgeschüttelt und der Inhalt des Probirgläschens in ein doppeltes sterilisirtes Glasschälchen (№ 1) gegossen und von hier in 2 ähnliche Glasschälchen (№ 2 und № 3) mit demselben flüssigen Fleisch-Pepton-Agar Aussaaten gemacht. Nach Erstarren des Fleisch-Pepton-Agar wurden die Schälchen № 1, 2 und 3 mehrere Tage im Thermostate bei 37° C. gehalten.

Gewöhnlich konnte man am 3. oder 4. Tage auf der Oberfläche des Nährsubstrates das Erscheinen einzelner bald runder, bald ovaler Kolonien mit körniger Structur, von weisser, grau-weisser oder gelblicher Farbe und Mohnkorngrösse constatiren. Die Zahl dieser Kolonien war stets nur eine geringe und zwar auf № 1 gewöhnlich bis 5 und selten bis 10, auf № 2 und 3 fast nie mehr als 1 Kolonie. Zuweilen aber musste es auffallen, dass unzerrieben gebliebene Stücke des Follikelinhaltes (die Zerreibung war immer schwierig) im Laufe von 10 Tagen auf den Glasplättchen kein Anzeichen der Entwickelung des Mikroorganismus, der hier vorausgesetzt wurde, gaben. Um nun über meine Voraussetzung in's Klare zu kommen, wurde bei der fünften Aussaat ein derartiges Stückchen des Follikelinhaltes, welches dem Anscheine nach ohne Mikroorganismenentwickelung geblieben war, auf einem Deckgläschen gefärbt und es erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung hier eine colossale Menge kurzer Stäbchen. Dieser unerwartete Umstand veranlasste mich bei den folgenden Aussaaten mein Augenmerk nicht nur auf die einzelnen sich entwickelnden Kolonien, sondern auch auf die unzerrieben gebliebenen Stückchen des Follikelinhaltes zu richten. Zuweilen war auch in letzteren mit blossem Auge die Entwickelung von Kolonien zu constatiren und fanden sich dann in einem solchen Stückchen kurze Stäbchen und Mikrokokken.

Bei Einführung der einzelnen Kolonien sowie von scheinbar ohne Entwickelung von Mikroorganismen gebliebenen Stückchen des Follikelinhaltes in Probirgläschen mit verschiedenen Nährsubstanzen erhielt ich folgende 3 Kategorien von Reinculturen:

1) Mikroorganismen, welche sich im Conjunctivalsacke sehr selten finden, und zwar:

	a) den Kartoffelbacillus	in 3 Fällen,
	b) den Heubacillus	» 2 »
	c) Sarcina aurantiaca	» 2 »
und	d) Sarcina alba	» 1 Falle.

2) Mikroorganismen, die sich sowohl im gesunden als kranken Conjunctivalsacke ziemlich häufig finden, und zwar:

	a) Staphylokokkus pyogenes albus . .	in 12 Fällen,
	b) » » aureus .	» 9 »
	c) » » citreus .	» 3 »
und	d) » cereus albus Passet	» 3 »

3) Endlich Mikroorganismen, welche bei Trachom tief in das Conjunctivalgewebe eindringen können; diese fand ich in Form kurzer Stäbchen in Reincultur 7 Mal.

Diese letzteren Mikroorganismen entsprachen vollkommen den von mir im trachomatös entarteten Gewebe gefundenen, unterschieden sich ausserdem, wie sich später ergab, von allen mir bis jetzt bekannten pathogenen und nicht pathogenen Mikroorganismen und erfordern in Folge dessen eine genauere Beschreibung.

Um eine Reincultur des uns interessirenden Mikroorganismus zu erhalten, beobachtete ich die Aussaat aus dem Follikelinhalte im Laufe von 10 Tagen; wenn während dieser Zeit auf einem unzerrieben gebliebenen Stückchen des Follikelinhaltes keine Entwickelung von Kolonien zu bemerken war, so wurde dieses Stückchen in ein Probirgläschen mit Blutserum übergeführt und einige Tage im Thermostate bei 37° C. gehalten, wobei folgende ziemlich selt-

---

[30]) Dieser Umstand verdient Beachtung und ist vielleicht die Ursache der Muthmaassung K. Rhein's gewesen, dass die Follikel in der Conjunctiva sich in Folge verschiedener Ursachen und unter Anderem auch in Folge der Anwesenheit von Tuberkelbacillen bilden können. (Arch. f. Ophthalm. XXXIV, 3, 1889).

[31]) Sur la culture du bacille de la tuberculose. Annales de l'institut Pasteur, № 1, 1887.

[32]) Heidenreich: Methoden der Untersuchung niederer Organismen. St. Petersburg 1885 (russisch).

same Erscheinung zur Beobachtung kam: im Probirgläschen, welches bei 37° C. gehalten wurde, oder bei Zimmertemperatur bis zu einem Monate, war auf der Blutserumoberfläche, selbst mit der Loupe, kein Wachsthum zu bemerken, während im Condensationswasser stets nach einigen Tagen ein kleiner, graulicher (mit einem leichten Stich in's Gelbe) Bodensatz sich constatiren liess und die mikroskopische Untersuchung auf die Entwickelung kurzer Stäbchen hinwies. Erst nach 3 Monaten konnte in durch Stich inficirtem Blutserum deutlich die Entwickelung dieses Mikroorganismus in Gestalt einzelner grauweisser kleiner Kolonien constatirt werden, deren Anzahl näher zur Oberfläche weit grösser war, als zum Ende des Stiches hin; dabei war an der Serumoberfläche selbst nur eine Farbenveränderung der Stelle des Impfstiches wahrzunehmen und konnte nur an diesem Symptome die Entwickelung der Cultur erkannt werden. Aus dem Blutserum wurde auf andere Nährböden, Fleisch-Pepton-Gelatine, Fleisch-Pepton-Agar, Kartoffel und Bouillon, übergeimpft.

Das Wachsthum der Culturen auf Fleisch-Pepton-Gelatine war verschieden, je nachdem in 5 % oder 10 % Gelatine ausgesäet wurde. Auf 5 % Gelatine erscheinen längs dem Stichkanal bei 14°—16° R. nach 48 Stunden an der Oberfläche kaum unter der Loupe bemerkbare, einzelne, zarte, bei durchfallendem Lichte milchweisse Fleckchen, welche sich allmälig in Höhe und Breite vergrössern und am 8. bis 10. Tage ein Häutchen von c. 5 Mm. Diam., von weisslicher Farbe *mit einem Stiche in's Gelbliche,* mit unregelmässigen Rändern und körniger Oberfläche bilden. Unterhalb der Cultur wird die Gelatine resorbirt und bildet eine halbkugelige Vertiefung, sich dabei jedoch nie verflüssigend. Die Cultur wächst nach der Stichimpfung sehr langsam und selbst nach einem Monate sind mit unbewaffnetem Auge kaum wahrzunehmen kuglige, einzelnstehende, grauweisse Körnchen. Auf 10 % Gelatine ist das Wachsthum der Cultur ein ganz anderes und überhaupt sehr langsam; nach 1 Monate findet sich längs dem geführten Striche an der Oberfläche der Gelatine ein körniger, *halb durchsichtiger* Streifen von 2 Mm. Breite und 1 Mm. Dicke; dieser Streifen erhebt sich über die Oberfläche der Gelatine, welche hier unterhalb der Cultur nicht resorbirt wird. Auf Fleisch-Pepton-Agar ist das Wachsthum der Cultur ziemlich charakteristisch und üppiger als auf 5 % Fleisch-Pepton-Gelatine: an der Oberfläche längs dem geführten Striche erscheinen am 2.—3. Tage einzelne, kleine, glänzende, zarte Plättchen, die bei durchfallendem Lichte weisslich, bei reflectirtem—grauweiss mit *grünlich-gelben Stiche* erscheinen; bei dem weiteren Wachsthum bedeckt sich fast die ganze Agar-Agar-Oberfläche mit einer dünnen Schicht der Cultur von derselben Färbung, wobei an der Peripherie einzelne punctförmige Plättchen und längst dem Impfstriche eine dicke Schicht der Cultur mit einer deutlichen grünlich-gelben Färbung erscheint; die ganze Oberfläche nimmt einen ausgesprochenen Perlmutterglanz an; die Cultur lässt sich mit Mühe in einzelnen, am Platindraht schwach haftenden Stückchen von der Oberfläche entfernen; im Condensationswasser des Agar-Agar bildet sich ein Bodensatz von derselben Farbe, wie im Blutserum. Wenn die Agar-Agar-Oberfläche nicht feucht ist (kein Condensationswasser vorhanden ist), so breitet sich die Cultur nicht über die ganze Oberfläche aus und bilden sich nur Auflagerungen längs dem Impfstriche, die sich wenig in die Breite ausdehnen. Bei Vergleich der Farbe der Culturen auf Fleisch-Pepton-Agar und Fleisch-Pepton-Gelatine ergiebt sich ein scharfer Unterschied zwischen beiden: erstere erscheint mit einer deutlich ausgeprägten grünlichen Färbung [23]), letztere—gelblich.

[23]) Die grünliche Färbung auf Fleisch-Pepton-Agar verschwindet nach 2 Monaten und tritt dann deutlich die gelbliche Färbung zu Tage, welch' letztere gleichfalls nach 3 Monaten ihre Intensität verliert, wenn die Probirgläschen mit den Culturen an einem Orte mit schwacher Beleuchtung aufbewahrt werden.

Auf Bouillon wächst die Cultur sehr langsam und bleibt erstere die ganze Zeit durchsichtig und nur nach dem grauweissen unbedeutenden Bodensatz, der sich nach 2 Wochen bildet, ist ein Urtheil über das Wachsthum der Cultur möglich. Die Wucherung auf der Kartoffel ist spärlicher und unterscheidet sich von der Agar-Agar-Cultur nur durch ihre gelbliche Färbung.

Das Wachsthum der Culturen war gleich rasch sowohl bei Zimmer- (14—16°R) als Körper-Temperatur.

Im sauerstofffreien Raume [24]) entwickeln sich die uns interessirenden Bacillen nicht.

Bei Untersuchung der Cultur im hängenden Tropfen sieht man im Gesichtsfelde in ziemlich rascher Bewegung befindliche kurze Stäbchen, welche nicht selten sich der Länge nach vereinigen oder zu zweien parallel neben einander liegen, aber niemals Ketten bilden. Zugleich fällt hier eine ziemlich charakteristische Eigenthümlichkeit in der Structur der Stäbchen auf: dass nämlich die Lichtbrechung in den Stäbchen nicht in ihrer ganzen Ausdehnung die nämliche, sondern am stärksten an einem oder an beiden Enden des Stäbchens ist; seltener stösst man auf solche Stäbchen, in welchen die Lichtbrechung ziemlich gleichmässig ist; in Folge dessen sieht man im Gesichtsfelde bei flüchtiger Untersuchung bald in Bewegung befindliche Mikrokokken, bald Stäbchen.

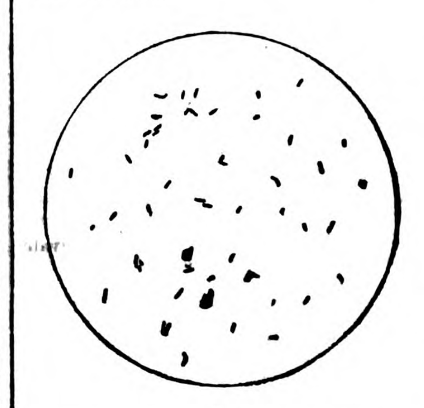


Fig. 3.
Reincultur der Trachomstäbchen 2. Generation aus Agar-Agar. Vergr. 1000.

Die Färbung der Stäbchen ist ziemlich schwierig und verschieden, je nach den benutzten Anilinfarben; am besten gelingt die Färbung mit Gentianviolett. Die Färbung ist eine ungleichmässige (Fig. 3) und gewöhnlich an den Enden der Stäbchen intensiver, als in der Mitte. Ihre Länge beträgt 0,75—2,0, die Breite 0,3—0,5 μ. In der Kartoffel-Cultur praevaliren die kurzen Formen des Mikroorganismus.

[24]) Um einen O-freien Raum zur Cultivirung von Anaërobien zu erhalten, benutzte ich folgende, meiner Meinung nach ziemlich einfache, bequeme und zudem sichere Methode (Fig. 2.)

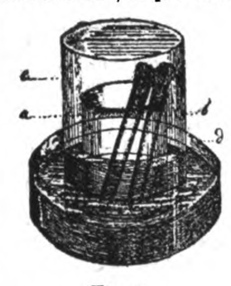


Fig. 2.
Apparat zur Cultivirung von Anaërobien.

Die Probirgläschen *b* werden in den Glascylinder *a*, welcher von einem zweiten, etwas höheren und doppelt so breiten, mit dem Boden nach oben gekehrten Cylinder *c* bedeckt wird, aufgestellt: Auf den Boden von *a* wird eine 10% alkalische Pyrogallussäurelösung gebracht und nun beide Cylinder in das mit Wasser, oder besser Quecksilber, gefüllte Gefäss *d* gestellt. Bei genügender Menge der Pyrogallussäure geht die O-Absorption aus dem abgeschlossenen Raume im Cylinder *c* rasch (in ½ Stunde) vor sich. Um statt der Probirgläschen Glasschälchen mit den Aussaaten zu placiren, ist es nur nöthig, statt des Cylinders *a* ein genügend breites Gefäss zu nehmen, um in demselben die Schälchen auf einem Kupferdrahtnetze in gewisser Entfernung vom Boden aufzustellen.

(Schluss folgt.)

Zur Aetiologie des Trachoms.

Von

Dr. Th. Germann,

Ordinator an der St. Petersburger Augenheilanstalt.

Trotz des überaus häufigen Vorkommens des Trachoms haben wir relativ nur selten Gelegenheit, acute Trachomfälle — besonders im Beginne derselben — zu beobachten und zu behandeln. Der einfache Mann, der ja hauptsächlich Träger dieser Erkrankung ist, sucht auch bei acuter Erkrankung der Augenschleimhaut nur höchst selten sogleich Hilfe, und haben wir bereits die charakteristischen Trachomkörner vor uns, so ist stets mehr oder weniger für die Beobachtung und Deutung verloren gegangen. Vor Sichtbarwerden der Trachomkörner, während des Prodromalstadiums, ist nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose unter Berücksichtigung äusserer Momente möglich. Aber auch in diesem Falle muss Intelligenz und aufmerksame Selbstbeobachtung des Patienten dem Arzte zu Hilfe kommen.

Im Laufe der letzten $1^1/_2$ Jahre hatte ich Gelegenheit, drei Fälle von acutem Trachom in ihrer Entwickelung genau zu beobachten.

In allen drei Fällen hatte eine zufällige Verletzung und die darauf folgenden heftigen Reizerscheinungen die Patienten veranlasst, zeitig Hilfe zu suchen.

In allen drei Fällen glaubte ich es mit acuter Conjunctivitis, veranlasst durch unreine in den Conjunctivalsack gelangte Fremdkörper, zu thun zu haben — und wurde durch die Entwickelung des Trachoms überrascht.

Die Fälle scheinen mir wegen der gleichartigen Aetiologie und, da dieselben zeitig zur Beobachtung kamen, der Mittheilung werth.

Fall I. A. S., 3-jähr. Knabe, wurde am 15. April 1889 Morgens in die Ambulanz gebracht. Die Mutter machte folgende Aussagen: Im Februar und März hatte der Knabe Scharlach und Diphtheritis durchgemacht, befand sich seit ca. 3 Wochen in guter Reconvalescenz und war ihm der Aufenthalt im Freien gestattet worden. An den Augen hat er früher nicht gelitten.

Am 14. April hat der Knabe Nachmittags gegen 6 Uhr im Garten des Hauses mit Anderen gespielt und hat ihm ein Spielkamerad muthwilliger Weise etwas in das rechte Auge geworfen. Der Junge hat sich gegen jede Untersuchung des Auges energisch gewehrt und hat die Mutter von den Bemühungen das Auge zu sehen und zu reinigen alsbald Abstand genommen und sich darauf beschränkt, kalte Umschläge zu appliciren. Die Nacht war unruhig verlaufen und am Morgen des 15. April fand sich das Auge bereits geschwollen und öffnete Pat. es nicht mehr. Auf meine Frage, welcher Art der Boden des Spielplatzes gewesen und womit die Verletzung wahrscheinlicher Weise zugefügt worden, wurde mir gesagt, die Kinder hätten in nächster Nähe eines grossen Haufens schwarzer Gartenerde mit jungen Weidenruthen gespielt.

Status. 15. April Morgens. Anämischer graciler Knabe. Das *rechte* Auge krampfhaft geschlossen, Lider mässig geschwollen und geröthet. Cornea intact, Chemosis Conjunctivae bulbi. Im äusseren Augenwinkel, zwischen dem unteren Lide und dem Augapfel, findet sich ein voluminöser schwarzer Fremdkörper eingeklemmt. Derselbe wird entfernt und erweist sich als ein von einer *Kruste schwarzes Erde umgebenes Weidenkätzchen.*

Die Conjunctiva palpebrae inferioris und die Conj. bulbi sind an der Stelle, wo der Fremdkörper eingeklemmt lag, anodirt und bluten ziemlich lebhaft. Die Uebergangsfalten beider Lider etwas geschwellt, aber glatt und noch glänzend. Heftiges Thränen.

Ordinatio: Atropin, Auswaschungen mit Sublimat 1 : 5000 und Eis auf das Auge.

Ich hatte den Knaben also ca. 16 Stunden nach der Verletzung gesehen.

Abends 6 Uhr desselben Tages (15. April) kam die Mutter zu mir und bat dringend zum Kinde zu kommen. Es sollte deliriren und stark fiebern; das Auge sollte noch stärker geschwollen sein.

Ich fand sehr starke Schwellung und Röthung der Lider des *rechten* Auges. Nur mit Mühe gelang es die Lider etwas zu lüften und konnte ich constatiren, dass die Conjunctiva palpebrarum, soweit sichtbar, von einer grau-weisslichen Membran bedeckt war. Da die Conjunctiva bei den Eversionsversuchen leicht blutete, gab ich letztere auf. Die Chemosis Conjunctivae bulbi hatte zugenommen; die Cornea schien mir noch intact zu sein. Die Temperatur war 39,2. Das *linke, bisher gesunde Auge zeigte eine geringe Röthung und thränte.* Die locale Therapie blieb unverändert, innerlich wurde Chinin Gr.jjj p. dosi gegeben, sowie ein Laxans.

Am 16. April Morgens. *Rechtes* Auge scheinbar unver[illegible] Die gewaltsame Ectropionirung unterliess ich, da der Junge [illegible]terlich schrie und die Mutter es nicht dulden wollte. Corne[illegible] weit sichtbar, intact. Aus der Lidspalte leicht flockige, [illegible] flüssige Absonderung. *Linkes* Auge bedeutend stärker gerö[illegible] leichte Lidschwellung. Die Conjunctiva palpebrarum deu[illegible] gelockert und geschwellt, aber glatt.

Auf den Uebergangsfalten ein fadenziehender, leicht trüber Belag; beim Versuch, denselben abzuwischen blutet die Conjunctiva leicht. Temperatur war 38,2. Die Therapie blieb vorläufig dieselbe.

Am 16. April Abends. Temperatur 39,1. Aus den Augen beiderseits erhöhte und mehr eitrige Absonderung bemerkbar. Rechts lassen sich die Lider besser öffnen und abziehen. Die Conjunctiva, soweit sichtbar, mit einer grau-weisslichen Membran bedeckt. *An der Stelle, wo das Weidenkätzchen gelegen, entsprechend grosse, schmutzige, dellenförmige Defecte.* Der Hornhautrand an dieser Stelle des rechten Auges trübe und exfoliirt.

Auf den Uebergangsfalten des *linken* Auges ist der membranartige Belag stärker.

Ich applicirte beiderseits auf die Conjunctiva eine 1% Lösung von Argentum nitricum ohne zu neutralisiren; sonst blieb die Therapie unverändert.

Der Mutter wird dringend die Aufnahme des Pat. in die Anstalt empfohlen.

Am 17. April. Morgens. Temperatur 37,4. Aus beiden Augen mässige eitrige Secretion. *Rechts* hat der tarsale Theil der Conjunctiva palpebrarum sich gereinigt, die Uebergangsfalten sind noch vom membranösen Exsudat bedeckt. Die Corneatrübung hat zugenommen. *Links* ist der membranöse Belag vollständig abgelöst und wird rein eitriges Secret abgesondert. Die Oberfläche der Uebergangsfalten des linken Auges zeigt deutlich *Trachomkörnern ähnliche Unebenheiten.*

Ordinatio: Argentum nitricum in 2% Solution beiderseits, Atropin - Jodoformsalbe rechts. Auswaschungen mit Sublimat 1 : 5000. Die Eisumschläge werden fortgelassen, da sie dem Knaben unangenehm geworden.

Am 18. April. Die vollständige Ectropionirung der Lider des *rechten* Auges gelingt leicht, die Reste der Membran lassen sich leicht entfernen und *auf den wulstigen Falten des Fornix zeigen sich zahlreiche, reihenweise geordnete Trachomkörner. Links auf beiden Uebergangsfalten zahlreiche, schön entwickelte Trachomkörner.* Die Hornhauttrübung hat von unten her fast die Pupillarmitte erreicht und hält sich vollkommen im Parenchym, Vascularisation auf der Hornhaut nicht sichtbar. Therapie ebenso.

Bis zum 26. April war die Lidschwellung vollständig zurückgegangen. Die Secretion hatte aufgehört; die Uebergangsfalten von zahlreichen Trachomkörnern durchsetzt. Die parenchymatöse Hornhauttrübung hatte sich weiter auf die ganze Hornhaut erstreckt. Die Ulceration am Hornhautrande war verheilt. Die geschwürigen Defecte, allwo der Fremdkörper gelegen, wollten aber nicht verheilen und zeigten trotz localer Beizung einen unreinen Grund.

Am 27. April wurde ich durch das Vorhandensein einer rechtsseitigen Facialisparese überrascht. Ich constatirte zugleich beträchtliche Herabsetzung der Sensibilität an der Hornhaut und Conjunctiva des *rechten* Auges.

Zur localen Therapie: Cuprum sulphuricum beiderseits, Atropin-Jodoformsalbe nebst feuchter Compresse rechts, fügte ich noch die Anwendung des constanten Stromes hinzu.

Je mehr die allgemeinen Entzündungserscheinungen, Conjunctivalschwellung und Secretion abnahmen, um so deutlicher traten die einzelnen Trachomkörner hervor.

Bis zum 11. Mai verblieb der Knabe in der Anstalt und wurde dann ambulant weiter behandelt.

Die durch den Fremdkörper gesetzten Defecte in der Conjunctiva heilten ungemein langsam unter Abstossung nekrotischer Gewebstheile und hinterblieb ein partielles Symblepharon.

Die Hornhauttrübung bildete sich nicht zurück und sah schliesslich wie ein sclerosirtes Infiltrat aus. Das Trachom ging bei Cuprumbehandlung gut zurück. Da Mutter und Kind nach Finnland fortziehen wollten, proponirte ich die chirurgische Entfernung des Trachomrestes, was jedoch abgeschlagen wurde. Die Facialisparese schwand vollkommen nach 24-maligem Elektrisiren.

Fall II. F. S., 5-jähr. Knabe, wurde mir am 20. August 1889 Morgens vorgestellt. Die Mutter gab an, dem Knaben sei am 18. Aug. *Erde in das Gesicht geschleudert worden.* Sie habe die Augen des Kindes, so gut sie es vermochte, gereinigt und kalte Compressen gemacht. Seit der Verletzung thränten die Augen stark, seien stetig röther geworden, am Morgen verklebt gewesen und klage der Junge über Lichtscheu und heftiges Brennen in den Augen.

Status. Kräftig entwickeltes Kind. Lider beider Augen leicht geröthet und geschwellt. Beträchtliche Lichtscheu. Conjunctiva Bulbi stark injicirt. Corneae frei. In den unteren Uebergangsfalten beider Augen in fadenziehendem Secrete einige schwarze Partikel. Die Conjunctiva palpebrarum succulent und geschwellt, mit einer leicht zu entfernenden Schicht trüben Exsudates bedeckt. Oberfläche der Schleimhaut glatt. — Das Kind



hat früher an den Augen nicht gelitten; die Augen der Mutter gesund.

Nach Ausreinigung mit Sublimatlösung 1 : 5000 applicirte ich eine Beizung mit 2% Argent. nitric. Lösung und liess Eiscompressen machen. Atropin.

Am 21. August. Lidschwellung und Lichtscheu geringer. Secretion mässig, aber rein eitrig. Die Uebergangsfalten wulstig gefaltet, aber sonst glatt. Therapia eadem.

Am 22. August. Der Allgemeinzustand sichtlich besser. Die Schleimhautfalten leicht radiär gekerbt und uneben. Sonst Status idem.

Am 23. August. Auf *den wulstigen Leisten der Uebergangsfalten der oberen wie unteren Lider lassen sich deutlich Trachomkörner erkennen.* Secretion mässig.

Der weitere Verlauf bietet nichts Besonderes. So lange die Secretion anhielt, wurden die Beizungen mit Argentum nitricum 2% und 1% Lösung fortgesetzt, dann trat Cuprumbehandlung ein, und den Rest des Trachoms entfernte ich durch Auskratzen mit den v. Schröder'schen Pinseln.

Fall III. A. M., Kutscher, hatte ein Pferd auf der Reitdroschke eingefahren und es war ihm dabei *Erde gegen das Gesicht geschleudert worden.* Patient stellte sich am Nachmittage des 11. März 1890 vor. Die Verletzung hatte am Morgen stattgefunden. Patient hat früher an den Augen nie gelitten.

Status. Das *rechte* Auge gesund. Das *linke Auge* thränt stark, mässige Injection der Conjunctiva Bulbi, im äusseren Winkel des unteren Lides ein Partikel schwarzer Erde nebst einem Fragment der Hülle eines Haferkornes (?). Conjunctiva im Uebrigen glatt und glänzend und keine Verletzung aufweisend. Patient hatte das Auge sogleich mit Wasser gereinigt. *Ordinatio:* Auswaschungen mit Sublimat 1 : 5000 und Eiscompressen.

Ich bestellte Patienten erst zum 13. März wieder. Auge stärker geröthet, Lider leicht geschwellt, spärliches flockiges Secret von fadenziehender Beschaffenheit, Uebergangsfalte gewulstet, aber an der Oberfläche glatt. *Ordinatio:* Argentum nitricum 1%. Atropin. Sublimatwaschungen 1 : 5000.

Vom 14. bis 16. März bis auf stärkere, mehr eitrige Secretion keine wesentliche Veränderung. Therapia eadem.

Am 17. März. Auf den Wülsten der Uebergangsfalte des unteren Lides lassen sich leichte Einkerbungen bemerken, welche der Oberfläche der Falten ein leicht unebenes Aussehen verleihen.

Am 19. März. *Auf der unteren Uebergangsfalte deutliche Trachomkörner sichtbar.*

In der Folge traten trotz der Behandlung auch auf der oberen Uebergangsfalte Trachomkörner auf. Die Cornea blieb intact. Nachdem die Cuprumbehandlung ca. 4 Wochen lang fortgesetzt worden, entfernte ich die restirenden Trachomkörner durch Ausbürsten vermittelst der Metallpinsel am 5. Mai. Das rechte Auge blieb gesund.

Die mitgetheilten Fälle sind zunächst ihrer gleichartigen Aetiologie wegen interessant: *In allen Fällen war die Infection vermittelt worden durch Einbringung schwarzer Erde in den Conjunctivalsack.* Wenngleich der specifische Krankheitserreger für die Conjunctivitis trachomatosa mit Sicherheit noch nicht nachgewiesen worden, so ist die Contagiosität der Krankheit sowie ein mycotischer Ursprung durch die klinische Beobachtung wohl sicher gestellt. Die Forscher, welche sich bisher der Auffindung des Krankheitserregers widmeten, entnahmen ihr Untersuchungsmaterial den bereits an Trachom erkrankten Augen.

So manche klinische Thatsache, sowie auch Beobachtungen in der Art der mitgetheilten, weisen uns darauf, den Versuch zu machen, den Krankheitserreger auswärts aufzuspüren.

Hier zu Lande, wo Trachom so häufig beobachtet wird, sind der Ackerbauer und Leute, die mit ihm häufig in Berührung kommen resp. das gleiche Arbeitsfeld mit ihm theilen, die zumeist von der Krankheit Befallenen. Stets erkrankt am häufigsten diejenige Altersgruppe, welche bereits an den schwereren Arbeitsleistungen im unmittelbaren Betriebe der Landwirthschaft Theil nimmt. Ueberall erkranken mindestens doppelt soviel Frauen als Männer.

Prof. emer. G. v. Oettingen (Dorpat), seiner Zeit wohl einer der gewiegtesten Trachomkenner, sprach sich in seinen Vorlesungen dahin aus, dass er für die Trachomverbreitung *den Ackerstaub und diejenigen Arbeiten, bei welchen ersterer besonders hervortritt, verantwortlich mache.*

Zu den schwereren landwirthschaftlichen Arbeiten, wie: Pflügen, Säen, Eggen, Mähen, Dreschen, werden hier zu Lande die jungen Männer wohl selten vor dem 17. oder 18. Jahre herangezogen. Die Weiber arbeiten bereits vom 15. und 16. Jahre, ab mit und zwar werden fast ausschliesslich von Weibern folgende Arbeiten geleistet: Kornreinigung, Flachsraufen, Binden der Garben, Kartoffeln einsammeln, und die gesammten Arbeiten zur Entfernung des Unkrautes in den Gemüsegärten. *Die aufgezählten Arbeiten sind aber allesammt ganz besonders staubig, verlangen beständig zum Boden geneigte Körperhaltung und directe Berührung der Ackererde durch die Hände.* Kein Wunder also — falls der Krankheitskeim in der Erde enthalten ist — dass die Weiber um so viel häufiger daran erkranken. Dass Unsauberkeit und Indolenz die Sache dann noch weiter begünstigen, ist gewiss sicher.

Andererseits ist vielfach die *rauchige* und unsaubere Wohnstube unserer Bauern für die häufigere Erkrankung der Weiber verantwortlich gemacht worden, da ja die Weiber durch ihren Beruf mehr an das Haus gefesselt sind als der Mann. Ganz abgesehen von der Schädlichkeit des Rauches als Krankheitsbeförderer — *Erde und Staub* giebt es auch in der Bauernhütte, denn Holzdielen gab es früher garnicht und jetzt auch nur zum Theil. Festgestampfter Lehm bedeckt von einer Kruste Erde und Dünger bildete und bildet auch noch den Fussboden — wahrlich eine geeignete Brutstätte für die verschiedensten Krankheitserreger.

Wie die mitgetheilten Fälle ferner zeigen, scheint die Intensität der Entzündungserscheinungen sowie die Dauer des Incubationsstadiums von der Menge der eingeführten Krankheitserreger abhängig zu sein.

Referate.

Max Einhorn: Wiederkäuen beim Menschen. Vortrag, geh. am 5. Mai 1890 in der deutschen ärztlichen New-Yorker Gesellschaft. (New-York Med. Rec. 15 Mai 1890).

Nach einer recht vollständigen historischen Einleitung theilt Verf. 2 Fälle von Merycismus mit, in welchen er den Magensaft untersucht hat.

Fall I. 45-jähr. Bäcker, vor 12 Jahren Typhus durchgemacht, vor 7 Jahren häufige Ructus nach den Mahlzeiten, vor 6 Jahren Regurgitiren der genossenen Speisen eine halbe Stunde nach dem Essen, welche ebenso schmeckten, wie bei der ersten Einführung und nochmals gekaut und geschluckt wurden. Zuerst kehrte Fleisch, dann Brod, Gemüse u. s. w. zurück. Kohl und Rüben wurden früher als andere Speisen regurgitirt, Wasser hielt das Wiederkäuen an, Milch aber nicht. Die Rumination trat in unregelmässigen Intervallen periodisch auf und dauerte 3—6 Monate bis zu 1½ Jahre, setzt dem Kranken keinerlei Beschwerden, ist vom Willen desselben ganz unabhängig und kann nicht unterdrückt werden. Die Untersuchung ergab normales Verhalten der inneren Organe, 7 Secunden nach Verschlucken von Wasser wurde ein rasselndes Geräusch am Schwertfortsatze gehört. Die Untersuchung des Magens ergab: 1889, Juni 1. 1 Stunde nach dem Ewald'schen Probefrühstück: HCl +, Acidität 54, Erythrodextrin +, Dextrin 0. Juni 6. Der nüchterne Magen ent hält etwa 5 Ccm. weisslicher trüber Flüssigkeit, HCl +. Juni 30. 1 Stunde nach dem Probefrühstück: HCl +, Acidität 40, Achroodextrin +, Erythrodextrin Spuren. Juli 1. 1 Stunde nach dem Probefrühstück: HCl +, Acidität 50, viel Erythrodextrin. Juli 13. 1 Stunde nach dem Probefrühstück: HCl +, Acidität 100, Dextrin +.

Fall II. 27-jähr. Arzt, hat in der Kindheit an gastrischem Fieber, 1884 an Typhus gelitten. Seit seinem 9. Lebensjahre Magenbeschwerden, während 6 Monaten Erbrechen nach jeder Aufnahme von besonders flüssiger Nahrung; das Erbrechen hinderte ihn nicht am Weiteressen, wurde aber in der Folge durch Wiederkäuen ersetzt. Dieses tritt spontan 1 Stunde nach dem Essen auf, dauert etwa ¼ Stunde, die Speisen kehren als kleine Bissen zurück, schmecken nicht sauer, bei nochmaligem Kauen angenehm, das Wiederkäuen wird durch Flüssigkeitsaufnahme unterdrückt, tritt periodisch auf und kann bei gefülltem Magen jederzeit spontan hervorgerufen werden, indem Pat. die Stimmritze schliesst und durch die Bauchmuskeln einen leichten Druck auf den Magen ausübt, er kann nach Belieben aufstossen und erbrechen; ausserdem ist Diplopie und Farbenblindheit eines Auges vorhanden. Der Vater und mehrere Brüder des Kranken leiden an Aufstossen. Das Wiederkäuen kann Pat. unterdrücken, es tritt leichter nach Aufregungen auf. Die Organe sind alle gesund, keine Magenerweiterung, 7 Secunden nach Wasseraufnahme tritt ein rasselndes Geräusch am Schwertfortsatze auf. *Magenuntersuchung.* 1888, September 1. Während der Ruminationsperiode. 1 Stunde nach dem Probefrühstück: HCl +, Acidität 50, Erythrodextrin und Achroodextrin +. An demselben Tage



nahm Pat. 1,0 Gr. Salol in einer Gelatinkapsel, der Harn gab die Salicylsäurereaction nach 1 Stunde. März 25, 1890. Gesundes Intervall 1 Stunde nach dem Probefrühstück: HCl +, Acidität 54, Erythrodextrin und Achroodextrin +. — In der *Epikrise* meint Verf., dass, da Cardia und Magen bezüglich der Secretion normal functioniren und beide Patienten gleichzeitig an Aufstossen gelitten haben, der Magen sich an das Zurückbefördern gewöhnt hatte, wofür aus der Literatur mehrere Fälle angeführt werden. Die *Therapie* bestand beim Arzte in einer psychischen Behandlung, indem er aufgefordert wurde, mit seiner ganzen Willenskraft das Wiederaufsteigen der Nahrung zu unterdrücken, was ihm auch schliesslich gelang, beim Bäcker war jegliche Therapie erfolglos.

Literatur. Johannessen: Zeitschr. f. kl. Med. X, S. 274. Fabricius ab Aquapendente: Tract. de gula, ventriculo et intestinis. Patavias 1618. Ewald: Klinik der Verdauungskrankheiten II. Peyer: Merycologia Basileae 1685. Chauveau et Toussaint: Arch. de physiol. 1875. Luchsinger: Pflüger's Arch. Bd. 34, pag. 295. Poensgen: Die motorischen Verrichtungen des Magens. Strassburg 1882. Körner: Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 33. Dumur: De la paralysie du cardia du mérycisme. J. O. Berne 1859. Alt: Berl. klin. Wochenschr. 1888, № 26, 27. Boas: Ibidem № 31. Cantarono: Neurol. Centralbl. 1885. Bourneville et Séglas: Du mérycisme, Arch. de Neurol. 1883. Hubbard: New-York Med. Record. 1886, pag. 122. Lejuge de Segrais: Journ. de méd. de Paris 1887, pag. 58. Jürgenssen: Berl. klin. Wochenschr. 1888, № 46. (Dehio: St. Petersb. med. Wochenschrift 1888, № 1).

Hinze.

Olshausen: Ueber Extrauterin-Schwangerschaft mit besonderer Berücksichtigung der Therapie in der 2. Hälfte der Schwangerschaft. (D. m. W. № 8—10).

1) In den ersten Monaten einer Extrauterin-Schwangerschaft ist bei sicher erscheinender Diagnose *vor der Ruptur* die Laparotomie und Exstirpation des Fruchtsackes indicirt.

2) In dem gleichen Zeitraum ist *nach erfolgter Ruptur* nur bei ganz bedrohlichen Erscheinungen operativ vorzugehen.

3) Sind die ersten Monate der Graviditas extraut. mit oder ohne Erscheinungen erfolgter Ruptur vorbeigegangen und *wächst das Ei weiter*, so ist je eher je lieber zu operiren.

4) Bei lebendem Kinde in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft ist jederzeit, ohne Rücksicht auf das Leben des Kindes, baldigst zu operiren, auch am Ende der Schwangerschaft ist nicht der Tod der Frucht abzuwarten, weil das Abwarten mehr Gefahr bringt als die Operation bei lebender Frucht.

5) Womöglich ist der ganze Fruchtsack zu exstirpiren; anderenfalls ist er vor oder nach der Entleerung an die Bauchdecke anzunähen. Die Elytrotomie und die Drainage nach der Vagina hin sind zu verwerfen.

6) Zur Stillung gefährlicher Blutungen unter der Operation ist die Unterbindung der Art. spermatica und uterina anzuwenden.

7) In einigen geeigneten Fällen ist in Zukunft die Zurücklassung der Placenta und sofortige Schliessung des Abdomen in Erwägung zu ziehen.

Max Schmidt.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Pauline Tarnowski: Etude anthropométrique sur les prostituées et les voleuses. Paris 1889. Lecrosnier et Babé. Avec 8 tableaux anthropométriques et 30 dessins. 8°. 226 S.

Verf. hat ihre mühevollen und keineswegs angenehmen anthropometrischen Messungen an 150 Prostituirten, 100 Diebinnen, 100 anständigen analphabetischen Bäuerinnen und 50 Damen aus der intelligenten Classe angestellt und zwar an ersteren im Kalinkinhospital für syphilitische Weiber, an den Diebinnen im sogen. litthauischen Correctionsgefängnisse, an den Bäuerinnen im Gouvernement Poltawa; die intelligenten Damen stammten aus Grossrussland. Dr. T. hat nur echte Russinnen in den Kreis ihrer Beobachtungen gezogen und ist zu, den Menschenfreund sehr betrübenden Resultaten gekommen. Der Raum verbietet ein näheres Eingehen auf die höchst interessanten anthropometrischen Details und können hier nur die aus diesen gezogenen Schlussfolgerungen mitgetheilt werden.

1) Die professionellen Prostituirten sind unvollkommene Wesen, welche, in ihrer Entwickelung gehemmt und erblich belastet, Zeichen physischer und psychischer, mit der mangelhaften Evolution zusammenhängender Entartung an sich tragen.

2) Die physischen Degenerationszeichen offenbaren sich bei den Prostituirten hauptsächlich durch Missbildungen des Schädels (41,33%) und des Gesichts (42,66%), der Ohren (42%) und der Zähne (54%).

3) Die psychischen Anomalien äussern sich bald in einer mehr oder weniger ausgesprochenen Schwäche der Intelligenz, bald in einer neuropathischen Veranlagung, bald in einem Fehlen des Sittlichkeitsgefühls; dafür spricht u. A. der Missbrauch der Geschlechtsfunctionen, der Reiz, welchen die Prostituirten in ihrem schändlichen Gewerbe finden, zu welchem sie gerne, nachdem sie von ihm befreit, wiederkehren.

4) Die Degenerationszeichen sind stärker ausgeprägt bei denjenigen Prostituirten und Diebinnen, deren Mütter sich dem Trunke ergeben hatten, ein Umstand, welcher die Ansicht von dem überwiegenden Einflusse der Mutter auf das Kind stützt.

5) Die Unfruchtbarkeit und das Erlöschen der Familie, wie sie so häufig bei den professionellen Prostituirten beobachtet worden sind zum grossen Theile in ihrem abnormen Zustande begründet welcher an Entartungszeichen so reich ist und die vorhandene Degeneration zu bestätigen scheint.

6) Die professionellen Prostituirten können schon des von ihnen ausgeübten Berufes halber nicht zu normalen Menschen gezählt werden und füllen die allzugrosse Lücke aus, welche die Criminalstatistik zu Gunsten der Frauen aufgestellt hat.

7) Die Diebinnen, trotz der vielen körperlichen und geistigen Abnormitäten, welche sie von den ehrlichen Frauen unterscheiden, stehen doch nicht so sehr von diesen ab, wie die Prostituirten, weil

a) sie weniger erblich belastet sind,

b) die physischen Degenerationszeichen bei ihnen weniger zahlreich vorhanden sind,

c) die Zahl der Geburten bei ihnen grösser ist,

d) die Hauptdurchmesser, wie auch der totale Horizontalumfang des Schädels bei ihnen grösser, als bei den Prostituirten ist,

e) die Jochbogen und die Unterkiefer bei den Diebinnen kleiner sind,

f) ihr geistiges und sittliches Niveau ein höheres ist; die Diebin besitzt mehr Selbstgefühl und einen regeren Geist, ist energischer und stärker im Kampfe um's Dasein, ist viel weniger träge, als die Prostituirte und scheut die Arbeit nicht.

g) Trotz der Unverbesserlichkeit und der vielen Missethaten einer professionellen Diebin kann diese nicht jederzeit dieselben begehen, wie die Prostituirte, wenn man den Diebstahl und den Handel mit dem eigenen Körper auf eine gleiche Stufe stellt. Jedenfalls sündigt die Diebin nur gelegentlich, in Zwischenräumen, während die Prostituirte im Bordel ihren Körper ohne Unterlass verkauft und auf das Recht der Auswahl und der Verweigerung verzichtet, ausserdem gefällt sie sich in ihrem Gewerbe und will es nicht aufgeben.

8) Die anthropometrischen Daten, die Untersuchungen über die Erblichkeit der Prostituirten und der Diebinnen, die bei ihrer Geburt waltenden Umstände, die Lebensumstände, das Studium ihres geistigen und sittlichen Niveaus beweisen einmüthig, dass diese Classe von Weibern eine abnorme, degenerirte oder degenerirende ist. Sie sind das Product der untersten Schichten, der Hefe der Gesellschaft, das sich nach Maassgabe der Verbesserung der biologischen Entwickelung in einer cultivirten Gesellschaft vermindert. Dieses Uebel kann nicht durch Strafen, sondern durch einen Angriff auf seinen Ursprung gehoben werden, man muss die Bedingungen, in welchen diese abnormen Weiber geboren werden und leben, verbessern, ihnen die Wege zu ehrlicher und lohnender Arbeit erweitern und ihnen zu Beschäftigungen und Gewerben Zugang verschaffen, welche bis hierzu vorwiegend von Männern ausgeübt wurden; auf diese Weise wird die Noth, diese schlimme, die Ausschweifung unterhaltende und das Laster nährende Lehrerin, gehoben werden.

Wir können diese schönen Untersuchungen nicht nur den Anthropologen von Fach, sondern allen Aerzten, Juristen und Menschenfreunden nur warm empfehlen, sie alle können sehr viel zur Bekämpfung der Ursachen dieser beiden Laster — Prostitution und Diebstahl — beitragen.

Hinze.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Das von Reverdin und Benckiser versuchte Verfahren, das *Catgut durch trockene Hitze zu sterilisiren*, wurde verlassen, weil das Catgut dabei brüchig wurde. Döderlein hat diese Versuche wieder aufgenommen und gefunden, dass, wenn feuchtes Catgut rasch auf hohe Temperatur gebracht wird, in demselben theilweise Leimbildung eintritt und es beim Erkalten spröde wird. Dieses ist nicht der Fall, wenn die Catgutfäden in einem nur mit Watte verschlossenen Gefäss in den Sterilisationsofen gebracht, einige Zeit lang auf 70—80° C. zur Verdampfung des anhaftenden Wassers erwärmt und dann 1 Stunde lang bei 130° sterilisirt werden. Um es zum Knüpfen geschmeidig zu machen, wird es vor dem Gebrauch in heisses Wasser getaucht. So sterilisirtes Catgut ist fester und dünner als mit Juniperusöl präparirte, ist leicht resorbirbar, sicher steril und leicht transportabel. (Münch. med. Woch. № 4. — Ctbl. f. med. Wiss. № 23).

— Mollière (Lyon méd. 1890, № 13) empfiehlt Varices mit Jodtanninlösung (Jodi 1,0, Acid. tannici 9,0. Aq. destill. 200,0) in folgender Weise zu behandeln: Der Kranke muss, um die Varices anschwellen zu machen, eine halbe Stunde lang vor der Operation einhergehen, dann wird eine Binde mässig fest unterhalb der Einstichstelle angelegt und darauf einige Tropfen obiger Lösung mittelst einer Pravaz'schen Spritze mit Doppelcanüle in die erweiterte Vene injicirt; auf die Einstichstelle wird Jodoformcollodium aufgetragen. Man lässt die Binde liegen und den Kranken 14 Tage lang Bettruhe beobachten, es bildet sich ein harter Strang, der allmälig verschwindet.

(Therap. Monatsh. № 5.)

XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,
St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — **Referate** werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 30 St. Petersburg, 28. Juli (9. August) **1890**

Zur Frage von dem Mikroorganismus des Trachoms.

Von
Dr. D. Shongolowicz.

(Schluss.)

Diagnostik.

Nach dem Studium der biologischen und morphologischen Eigenschaften unserer Stäbchen und dem Nachweise ihrer Identität, in morphologischer Hinsicht, mit dem von mir im trachomatös veränderten Gewebe gefundenen Mikroorganismus ist es interessant zu bestimmen, ob diese Bacterie als neue, von allen bis jetzt bekannten, sowohl pathogenen, als auch unschädlichen Bacterien sich unterscheidende Form zu betrachten sei, oder ob sie sich ausser im von Trachom afficirten Gewebe, noch irgendwo, etwa bei anderen bacteriellen Erkrankungen, finde.

J. Eisenberg[35]) zählt unter den nicht pathogenen, Gelatine nicht verflüssigenden Bacterien drei in gewissen Eigenschaften unserer Form ähnliche auf und zwar: 1) einen fluorescirenden Bacillus aus dem Wasser, 2) eine weisse Stäbchenform aus dem Wasser und 3) den Bacillus der Milchgährung. Jedoch wachsen alle diese Bacterien, abgesehen von einigen übereinstimmenden morphologischen Merkmalen, auf den Nährsubstraten anders als unsere Bacterie.

Mit vielen pathogenen Bacterien bietet diese in ihren morphologischen Eigenschaften eine Aehnlichkeit und namentlich dem ersten Eindrucke nach, bei ihrer Betrachtung in den Geweben, mit Koch's Tuberkelbacillus, unterscheidet sich jedoch von dem letzteren sowohl durch die Fähigkeit des Wachsthums auf Nährsubstanzen bei Zimmertemperatur[36]), als auch durch ihre geringere Grösse.

Was die anderen pathogenen, Gelatine nicht verflüssigenden Bacterien betrifft, so ist unser Stäbchen am meisten folgenden ähnlich: 1) dem Bacillus der Hühnercholera (Pasteur), 2) dem B. der Kaninchensepticämie (Koch), 3) dem B. der Schweineseuche (Löffler und Schütz), 4) dem B. der Seuche des Wildes (Kitt und Hueppe), 5) dem B. der Mäusesepticämie (Koch), 6) dem B. des Rothlaufes der Schweine (Löffler und Schütz) und 7) dem B. des Keuchhustens (M. J. Afanassjew[37]).

[35]) Bacteriologische Diagnostik 1888.
[36]) Koch's Stäbchen wächst nur bei Körpertemperatur.
[37]) Aetiologie und klinische Bacteriologie des Keuchhustens. Wratsch 1887, pag. 631.

Am nächsten steht unsere Bacterie in ihren morphologischen Eigenschaften und in ihrem Verhalten zu den Anilinfarben dem von Koch anfangs als Kokkus beschriebenen Bacillus der Hühnercholera und dem Stäbchen der Kaninchensepticämie, unterscheidet sich jedoch wiederum in gewissen Beziehungen scharf sowohl von diesen beiden, als auch von allen anderen bis jetzt bekannten Mikroorganismen.

Von den specifischen Merkmalen unseres Stäbchens sind folgende hervorzuheben: 1) Bei seinem überhaupt langsamen Wachsthume auf den Nährsubstraten wächst unser Stäbchen am besten auf Agar-Agar, äusserst langsam dagegen auf Ochsenblutserum; 2) die Cultur auf Agar-Agar hat von Anfang an eine grünliche Färbung, welche bei dem Wachsthum auf Gelatine nicht deutlich ausgesprochen ist; 3) 5% Gelatine wird unter der Cultur nicht verflüssigt, sondern resorbirt und endlich 4) das weiter unten im experimentellen Theile beschriebene Hauptmerkmal unseres Stäbchens besteht darin, dass es weissen Mäusen, Kaninchen oder Meerschweinchen subcutan injicirt jene pathologischen Erscheinungen, die bei der subcutanen Impfung der Bacillen der Kaninchen- und Mäusesepticämie, der Hühnercholera, der Schweineseuche und der Seuche des Wildes, des Rothlaufes der Schweine und des Keuchhustens auftreten, nicht hervorruft, was ich als giltig ansehen darf, obgleich die Zahl meiner Experimente eine zu geringe (im Ganzen nur 4) ist, um aus denselben definitive Schlüsse zu ziehen. Bei der Impfung der Reincultur unseres Stäbchens auf die Conjunctiva von Thieren entwickelte sich bei Kaninchen und Katzen zuweilen eine dem Trachom des Menschen ähnliche Krankheitsform (vergl. den experimentellen Theil).

Auf Grund des oben Gesagten konnte ich nicht umhin anzunehmen, dass ich die Reincultur eines bis dahin unbekannten Mikroorganismus erhalten hätte, dessen morphologische Eigenschaften vollkommen mit denjenigen des von mir in allen untersuchten Fällen von Trachom in dem veränderten Gewebe der Conjunctiva gefundenen Mikroorganismus übereinstimmten.

Experimenteller Theil.

Im Ganzen habe ich 28 Impfversuche an Katzen, Tauben, Hunden, Meerschweinchen und weissen Mäusen ausgeführt und lassen sich meine Versuche in 3 Reihen gruppiren: 1) 8 Versuche mit Impfung des Follikelinhaltes behufs Erforschung der Empfänglichkeit der Thiere für das Trachom;

2) 4 Versuche mit Injection der Reincultur unter die Haut oder in die Bauchhöhle, um die pathogenen Eigenschaften unseres Stäbchens im Vergleiche mit anderen, ihm ähnlichen Mikroorganismen zu eruiren und endlich 3) 16 Versuche mit Impfung der Reincultur auf die Conjunctiva verschiedener Thiere behufs Lösung der Frage, ob dadurch Trachom erzeugt werden könnte.

I. Versuchsreihe.

1 Versuch an einer alten Katze, 4 an jungen Katzen und 3 an Kaninchen.

Ich halte es für nöthig, in kurzen Worten die von mir bei Impfung sowohl des Follikelinhaltes, als auch der Reincultur auf die Conjunctiva angewandte Methode zu beschreiben.

Die Conjunctiva des Versuchsthieres wurde mit einer zuvor geglühten Nadel oder Lancette ganz oberflächlich scarificirt und auf die so erhaltene Wundfläche ein Stückchen Follikelinhalt, oder die mit einem geglühten Platindraht von der Agar-Agar- oder Gelatine-Oberfläche entnommene Reincultur applicirt. Sodann wurde das betreffende Stückchen mit Hilfe des Platindrahtes oder mit dem Finger durch Kreisbewegungen an der äusseren Lidoberfläche, wobei der Augapfel als feste Unterlage diente, in die Wunde eingerieben.

Nun wurde das Auge für einige Tage vernäht oder offen gelassen. Geimpft wurde stets nur auf ein Auge (das linke), während das andere (rechte) behufs Controlle unberührt blieb.

18. Sept. *1 Katze und 4 Kätzchen* wird Follikelinhalt in den linken Conjunctivalsack eingerieben. Die Augen werden nicht vernäht.

21. Sept. Unbedeutende Hyperämie an der Impfstelle. Secret nicht bemerkbar.

24. Sept. Alle Thiere gesund.

Ein negatives Resultat erhielt ich auch bei der Impfung von *3 Kaninchen*, bei denen die Augen nach Einreibung des Follikelinhaltes in den Conjunctivalsack drei Tage lang vernäht blieben.

II. Versuchsreihe.

4 Versuche an 2 weissen Mäusen und je 1 Meerschweinchen und Kaninchen.

3. Febr. *2 weissen Mäusen* wird in der Nähe der Schwanzwurzel die Reincultur der 5. Generation aus Agar-Agar nach der von Heidenreich[38]) beschriebenen Methode subcutan injicirt.

5. Febr. Geringe Schwellung und diffuse Röthung an der Impfstelle; Bewegung der hinteren Extremitäten behindert.

9. Febr. Beide Mäuse gesund. Die Wunden sind per primam verheilt.

7. Febr. *Einem Kaninchen* wird unter allen Cautelen die 7-tägige Reincultur der 5. Generation auf Bouillon in die Bauchhöhle injicirt.

15. Febr. Die täglich in recto gemessene Temperatur zeigt keine Schwankungen (38,9—39° C.). Appetit des Kaninchens gut.

25. Febr. Kaninchen vollkommen gesund.

7. Febr. *Einem Meerschweinchen* wird unter allen Cautelen die Cultur 7. Generation auf Bouillon subcutan injicirt.

8. Febr. Das Thier frisst nicht; heftige Athembewegungen, sitzt geduckt auf seinem Platze.

9. Febr. Das Thier ist munterer, frisst jedoch wenig.

11. Febr. Appetit gut. An der Injectionsstelle diffuse Röthung und schmerzhafte Schwellung.

15. Febr. Keine Röthung. An der Injectionsstelle lässt sich ein harter Strang durchfühlen.

20. Febr. Das Thier anscheinend vollkommen gesund.

III. Versuchsreihe.

16 Versuche: 5 an Kaninchen, 2 an Hunden, 4 an Tauben, 1 an einem Meerschweinchen, 2 an weissen Mäusen und 2 an Katzen.

10. Febr. *2 Kaninchen, 2 Hunden, 4 Tauben und 2 weissen Mäusen* wird in den linken Conjunctivalsack die Reincultur auf Gelatine 4. Generation eingeimpft.

Kaninchen № 1.

13. Febr. Geringe Hyperämie an der Impfstelle. Kein Secret.

20. Febr. Lidränder leicht geröthet. Untere Uebergangsfalte hyperämisch und geschwellt und unter der Loupe gewahrt man auf derselben am inneren Augenwinkel *einige in Gruppen geordnete, grauliche, über die Umgebung nicht hervorragende Fleckchen*; geringes schleimig-eitriges Secret.

30. Febr. Die Fleckchen deutlicher, über Mohnkorngrösse, und unterscheiden sich durch ihre durchscheinend graue Färbung scharf von der übrigen Conjunctiva.

6. März. An Stelle der Fleckchen finden sich *halbdurchsichtige, etwas prominirende Bläschen*; geringe Reizung des übrigen Theiles der Bindehaut des unteren Lides, wie auch des ganzen linken Auges. Rechtes Auge gesund.

Kaninchen № 2.

13. Febr. Geringe Hyperämie an der Impfstelle. Kein Secret.

18. Febr. Conjunctiva des linken Auges vollständig normal. Die Impfung wird wiederholt.

25. Febr. Tod des Kaninchens. Section: Die Bindehautgefässe des linken Auges injicirt und besonders deutlich hervortretend an der Uebergangsfalte. Papillen nicht vorhanden. An der Leber- und Milzoberfläche reichliche, auf Pankreas und Magen geringe Tuberkelbildung, die auf dem Netze fehlt. In den Tuberkeln Koch'sche Bacillen. Sonstige Veränderungen nicht vorhanden.

Bei den geimpften *2 Hunden, 4 Tauben und 2 weissen Mäusen* kamen folgende Erscheinungen zur Beobachtung: An der Impfstelle entwickelte sich gewöhnlich eine Hyperämie, die nach 4—5 Tagen vollkommen verschwand. Wiederholte Impfungen derselben Thiere riefen gleichfalls nur vorübergehende Hyperämien hervor.

25. Febr. wurde die Reincultur auf Agar-Agar 6. Generation *2 anderen Kaninchen, 1 Meerschweinchen und 1 Katze* auf die Conjunctiva und *1 Kaninchen* auf die Cornea geimpft, und auch hier erhielt ich nur rasch vorübergehende Hyperämien an der Stich- resp. Scarificationsstelle.

2. März wurde wiederum *einer Katze* auf die Bindehaut des rechten Auges die Reincultur 6. Generation auf Agar-Agar eingeimpft. Das Auge blieb unverbunden.

5. März. Die Conjunctiva des rechten Auges unterscheidet sich in nichts von einer gesunden.

9. März. Die ganze Conjunctiva des rechten Auges diffus geröthet, geschwellt und ödematös.

12. März. Status idem.

20. März. Die Bindehaut des rechten Auges weniger geschwellt, deutlich hyperämisch. Schleimig-eitriges Secret.

27. März. Oedem verschwunden. Schleimhaut geschwellt und uneben, jedoch Papillen nicht vorhanden. Der entzündliche Process überhaupt weniger ausgesprochen. Linkes Auge gesund.

28. März—29. April. Die entzündlichen Erscheinungen auf dem rechten Auge blieben die ganze Zeit, von geringen Schwankungen in der Intensität derselben abgesehen, im Wesentlichen unverändert. Das Secret war schleimig-eitrig, ziemlich spärlich. Eine deutliche Papillenbildung war nicht zu constatiren.

Die Erscheinungen bei dieser Katze waren überhaupt folgende: Nach 6-tägigem Prodromalstadium entwickelte sich am 7. Tage eine ziemlich heftige Entzündung mit dem Charakter einer intensiven Conjunctivitis acuta, welche allmälig einen chronischen Verlauf annahm. Nach Erkrankung des rechten Auges blieb das linke einen ganzen Monat hindurch gesund und erkrankte erst nach dieser Zeit, wobei der Krankheitsverlauf derselbe war, wie rechts. Die Erkrankung des linken Auges lässt sich, wie mir scheint, durch Uebertragung des Secretes mit der Pfote aus dem rechten Auge bei dem bekannten „Waschen" der Katze erklären; auf dieselbe Weise ist es auch zu erklären, dass bei dem 4 Wochen alten Jungen dieser Katze 7 Wochen nach Erkrankung des rechten Auges der letzteren plötzlich dieselben entzündlichen Erscheinungen auf beiden Augen zu Tage traten.

Die Resultate meiner experimentellen Untersuchungen lassen sich folgendermaassen zusammenfassen: 1) Die Impfung von trachomatösem Follikelinhalt auf die Conjunctiva ergab bei 1 Katze, 4 Kätzchen und 3 Kaninchen ein negatives Resultat. 2) Impfungen mit der Reincultur unseres Stäbchens unter die Haut von 2 weissen Mäusen, 1 Meerschweinchen und 1 Kaninchen blieben gleichfalls resultatlos, da diese Thiere nicht nur am Leben blieben, sondern sogar fast gar keine pathologischen Erscheinungen darboten. 3) Von 16 Impfungen mit der Reincultur des Stäbchens auf die Conjunctiva von 5 Kaninchen, 2 Hunden, 4 Tauben, 1 Meerschweinchen, 2 weissen Mäusen und 2 Katzen waren nur 2 (bei 1 Kaninchen und 1 Katze) erfolgreich — nicht in dem Sinne, dass sich bei diesen Thieren eine mit dem Trachom des Menschen identische Augenerkrankung entwickelt hätte (was wohl nur bei einer grossen Reihe von Versuchen und bei prolongirter Beobachtung von Thieren mit positiven Impfresultaten zu erzielen ist) — sondern insofern erfolgreich, als es mir gelang, durch die Impfung der Reincultur auf die Conjunctiva eine Erkrankung hervorzurufen, welche einige Aehnlichkeit mit dem trachomatösen Processe beim Menschen darbot, während bei der grossen Reihe früherer Autoren, von welchen diese Frage ventilirt worden ist, die Impfung mit den von ihnen erhaltenen Reinculturen auf Thiere (und bei vielen auch auf Menschen) durchaus negative Resultate ergeben hat.

Impfungen mit meiner Cultur auf das menschliche Auge habe ich nicht unternommen, weil derartige Experimente zu riskirt gewesen wären, da 1) von den nicht zahlreichen Thierversuchen 2 gelungen sind und ich 2) die Reincultur

[38]) Methoden der Untersuchung niederster Organismen (russ.), 1885, pag. 173.

des Mikroorganismus erzielt habe, welcher in seinen morphologischen Eigenschaften dem bei Trachom tief in den Geweben gefundenen entspricht, und diese Reincultur im Vergleiche mit allen bis jetzt beschriebenen Mikroorganismen ihre specifischen, sie kennzeichnenden Merkmale darbietet.

Fassen wir alles oben Gesagte in Kürze zusammen, so ergeben sich aus meinen Untersuchungen folgende Schlüsse:

1) In allen von mir untersuchten Fällen fanden sich im Inhalte des trachomatösen Follikels unter den vorhandenen Mikroorganismen vorwiegend und hauptsächlich kurze Stäbchen, die sich durch ihre geringe Grösse und die Schwierigkeit der Färbung mit Anilinfarben (am besten noch mit Gentianviolett) auszeichnen; ausserdem färben sich nicht alle Theile des Stäbchens mit derselben Intensität und ist auch die Lichtbrechung in den verschiedenen Abschnitten des letzteren eine ungleichmässige.

2) Ganz dieselben kurzen Stäbchen fand ich auf Schnitten aus von Trachom afficirten Uebergangsfalten, während andere Mikroorganismen in den letzteren fehlten.

3) Auf 26 Plattengusspräparaten des Follikelinhaltes wurden verschiedenartige Mikroorganismen erhalten:

a) Ein kurzes Stäbchen, welches die gleichen morphologischen Eigenschaften darbot, wie das constant im von Trachom afficirten Bindegewebe des Lides vorhandene Stäbchen, sich jedoch im Vergleich mit allen bis jetzt beschriebenen Mikroorganismen durch seine besonderen, ihm eigenthümlichen Eigenschaften auszeichnete. Bei Impfung der Reincultur dieses Stäbchens auf die Conjunctiva entwickelte sich bei einer Katze und einem Kaninchen eine Erkrankung, die eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Trachom des Menschen hatte.

b) Einige Arten von Mikrokokken, welche eine sehr grosse Aehnlichkeit mit den von früheren Autoren als specifische Trachomparasiten beschriebenen zeigten und in ihren bio- und morphologischen Eigenschaften dem Staphylokokkus am nächsten stehen. Da ebensolche Mikroorganismen auch im gesunden Conjunctivalsacke vorkommen, so ist anzunehmen, dass ihr Vorhandensein hier nur ein zufälliges ist und sie keine specifische Bedeutung als Trachomparasiten haben. Zu den zufälligen Mikroorganismen sind auch folgende bei der Aussaat des Inhaltes des trachomatösen Follikels erhaltene zu rechnen: der Kartoffel- und Heubacillus, die Sarcina aurantiaca und alba.

Bei Vergleich meiner Resultate mit den Untersuchungen der früheren Autoren stossen wir auf zwei diametral entgegengesetzte Angaben:

1) Bei mir: im veränderten Gewebe bei Trachom lassen sich stets und mit Leichtigkeit ausschliesslich nur *Bacillen* auffinden.

2) Bei den früheren Autoren: im veränderten Gewebe bei Trachom lassen sich stets, jedoch mit Schwierigkeit, ausschliesslich nur *Mikrokokken* auffinden.

Worin liegt nun die Ursache dieser Meinungsverschiedenheit?

Bevor wir zur Erklärung der Möglichkeit so entgegengesetzter Angaben schreiten, ist es nothwendig genauer auf den Bau unseres Stäbchens einzugehen.

Unser Mikroorganismus ist ein kurzes Stäbchen, 0,75 bis 2 μ lang und 0,3—0,5 μ breit. Die Enden des Stäbchens sind abgerundet. Die Stäbchen liegen grösstentheils vereinzelt, seltener paarweise in einer Linie oder, ausnahmsweise, parallel nebeneinander. Angenommen, dass jedes Stäbchen aus Hülle und Inhalt (Protoplasma) besteht, so ergiebt sich eine eigenartige Vertheilung des Protoplasma im Stäbchen. Bei Betrachtung der Reincultur im hängenden Tropfen geräth man nämlich in Zweifel, ob sich unter dem Gläschen eine reine oder verunreinigte Cultur befinde, da im Gesichtsfelde, sich nach verschiedenen Seiten bewegend, bald Stäbchen, bald Kokken, bald Diplokokken, bald Streptokokken, bald 4 ein Quadrat, bald 3 ein Dreieck bildende Kokken erscheinen. *Bei genauerer Betrachtung jedoch sind im Gesichtsfelde nur Stäbchen sichtbar* und oben erwähnte Erscheinung erklärt sich sehr einfach auf folgende Weise: In dem einen Falle ist der Inhalt im Stäbchen gleichmässig vertheilt, die Lichtbrechung in der ganzen Ausdehnung des letzteren eine gleiche und daher das Stäbchen im Gesichtsfelde deutlich sichtbar; im zweiten Falle ist das Protoplasma ungleichmässig vertheilt und kugelförmig an einem Ende concentrirt, wo das Licht stärker gebrochen und daher im Gesichtsfelde bei flüchtiger Betrachtung an Stelle eines Stäbchens nur ein Kokkus sichtbar werden wird; im dritten Falle ist der Inhalt an den beiden entgegengesetzten Enden concentrirt und erscheint daher das Stäbchen als Diplokokkus; durch 2 scheinbare Diplokokken, wenn 2 Stäbchen in einer Linie hintereinander liegen, wird ein Streptokokkus vorgetäuscht, wenn sie parallel neben einander liegen, so wird scheinbar durch 4 Kokken ein Quadrat gebildet u. s. w.

Dasselbe Bild kann man auch nach Färbung unseres Mikroorganismus erhalten. Wie der Inhalt des Stäbchens das Licht nicht gleichförmig bricht, so ist auch sein Verhalten zu den Anilinfarben ungleichmässig, d. h. die stärker lichtbrechenden Partien im Stäbchen werden auch intensiver gefärbt und verlieren daher bei der Entfärbung auch am spätesten ihr Colorit. Das Gesagte lässt sich leicht nachweisen bei Anwendung der Gram'schen Färbungsmethode: wenn nämlich das Glasplättchen mit aufgestrichener Reincultur vor dem Eintauchen in die Gram'sche Flüssigkeit unter dem Mikroskop betrachtet wird, so erscheint die Reincultur als nur aus kurzen Stäbchen bestehend; nach der Färbung nach Gram jedoch, wenn die Einwirkung des Alkohols nicht zu lange gedauert hat[39]), erscheinen statt der Stäbchen nur Mono-, Diplo- und Streptokokken, 4 Kokken ein Quadrat, oder 3 ein Dreieck bildend u. s. w.

Nach dem Gesagten ist es leicht erklärlich, woher meine Vorgänger, bei der bis jetzt noch vorhandenen Unvollkommenheit der Methoden der Erkennung von Mikroorganismen im Gewebe, einstimmig die Meinung aussprechen konnten, dass sich im veränderten Gewebe bei Trachom Mikrokokken. aber keine Stäbchen fänden. Ebenso ist es auch verständlich, weshalb Sattler von der Schwierigkeit spricht, mit der sich die Kokken auf Schnitten und auf Plättchen mit Follikelinhalt aufsuchen lassen, weshalb Michel im Follikelinhalte Mikrokokken nur ausnahmsweise findet, weshalb Kucharski im Secrete eine ganz minimale Anzahl Diplokokken und stets eine grössere Quantität kleiner, nicht selten in Eiterkörperchen eingebetteter Stäbchen findet, durch Aussaat vielmals eine Reincultur ebensolcher kleiner Stäbchen erhalten[40]), sie im Follikelinhalte jedoch nicht gesehen hat (er fand nur Mikrokokken) und sich schliesslich folgendermaassen äussert: «Eine besondere Aufmerksamkeit verdienen die stets im Secrete vorhandenen kleinen, sich später zu Streptokokken ausbildenden Stäbchen, da anzunehmen ist, dass sie eines der Uebergangsstadien in der Entwickelung eines und desselben Mikroorganismus des Trachoms bilden»; und weshalb endlich Wittram, welcher kokkenartige Gebilde nur im ungefärbten Follikelinhalte fand und dieselben für Mikrokokken hält, annimmt, dass die Reincultur des Kokkus des Trachoms bis jetzt noch nicht erhalten worden sei.

Auf Grund von allem oben Erörterten erlaube ich mir folgende Endschlüsse:

1. Im veränderten Gewebe bei Trachom habe ich ein sehr kleines, kurzes Stäbchen gefunden, welches sich von allen be-

[39]) Nach Anwendung der Gram'schen Flüssigkeit werden die weniger intensiv sich färbenden Partien in unserem Stäbchen durch Alkohol sehr rasch entfärbt und bald darauf verliert auch das ganze Stäbchen seine Färbung, weshalb im gegebenen Falle die Abspülung mit Alkohol nicht länger als ½ Minute dauern darf.

[40]) Leider giebt Kucharski in seiner Arbeit keine genauere Beschreibung seiner kurzen Stäbchen mit ungefärbten Lücken und ist daher ein Vergleich derselben mit meinen Stäbchen unmöglich.

kannten pathogenen und nicht pathogenen Bacterien durch gewisse morpho- und biologische Merkmale unterscheidet.

2. *Durch Impfung der Reincultur auf die Conjunctiva von Katzen und Kaninchen gelingt es zuweilen eine dem Trachom ähnliche Erkrankung hervorzurufen.*

3. *In allen von mir untersuchten Fällen fand sich diese Bacterie in Schnitten und auf Glasplättchen mit Follikelinhalt.*

4. *Durch die Eigenthümlichkeit dieses Stäbchens; an dem einen oder an beiden Polen das Licht stärker zu brechen und sich intensiver zu färben (einige Bacillen ausgenommen, welche diese Eigenschaft nicht besitzen) erklärt es sich wahrscheinlich, woher die früheren Autoren im veränderten Gewebe bei Trachom wohl Mikrokokken, aber keine Stäbchen gefunden haben.*

5. *Nach Färbung von Schnitten nach der oben beschriebenen Methode (cf. pag. 255) lässt sich im Gewebe stets nur die Gegenwart stäbchenartiger Mikroorganismen nachweisen. Bei Anwendung anderer Färbungsmethoden findet man in den Geweben entweder gar keine Mikroorganismen, oder nur mit Mühe hie und da feine kokkenförmige Körnchen.*

6. *Die constante Gegenwart stäbchenartiger Mikroorganismen in der veränderten Bindehaut bei Trachom zwingt zu der Annahme, dass das Trachom wahrscheinlich nicht durch Kokken, sondern durch kurze Bacillen verursacht werde.*

Referate.

Fürbringer: Ueber die Behandlung des Hydrops. (D. med. Woch. № 12.)

Fürbringer greift principiell bei renalem Hydrops zuerst zur äusseren Diaphorese in Verbindung mit Laxantien, macht dann bei ungenügendem Erfolg baldigst von Diureticis, von chirurgischen Maassnahmen erst in letzter Instanz Gebrauch. Das heisse Bad mit nachfolgender Einpackung liefert bei Erwachsenen bis zu 2 ℔, bei Kindern bis zu 1 ℔ Schweiss. Nicht selten ist aber auch Misserfolg. Als Contraindication gelten Zustände von Herzschwäche. Ganz zweckmässig ist auch die durch 1—2 Stunden fortgesetzte Einwirkung von trockener Hitze; mittelst eines einfachen Apparates kann man jeden Kranken leicht derselben unterziehen. Die Wärmequelle ist eine Spiritusflamme. Die *innere Diaphorese* kommt kaum in Betracht, dem *Pilocarpin* hat F. wegen schlimmer Erfahrungen den Abschied gegeben. Das souveräne *Diureticum* ist die *Digitalis*. Weder irgend eine anatomische Grundlage der Herzschwäche ist absolute Contraindication, noch darf länger fortgesetzter Gebrauch in kleinen Dosen *principiellen* Bedenken unterliegen. Neben Digitalis verdienen nur noch das *Coffein*, der *Strophantus*, das *Diuretin*, das *Calomel* und die *pflanzensauren Alkalien* Erwähnung. Fast alle diese Medicamente reizen direct die Nierenepithelien. Unter entsprechenden Verhältnissen verwendet F. mehrere Mittel zusammen, z. B. Infus. Digitalis 2,0 : 150,0 Coffeini citr. 2,0, Tct. Strophanti 5,0, Liq. kali acet. 60,0, Succ. liq. 5,0 — für zwei Tage, und hat oft überraschende Erfolge gesehen.

Calomel wirkt zuweilen prompt, ist aber unsicher, und ist ein zweischneidiges Schwert.

Kali acet. muss in grossen Dosen gegeben werden, bis zu 50,0 des Liquor täglich.

Nur in acuten Hydropsfällen dürfen Abführmittel gegen die Schwellungen verordnet werden.

Von chirurgischen Maassnahmen haben sich F. am meisten die Scarificationen bewährt.

Höhlentranssudate punctire man nicht zu früh.

Max Schmidt.

Hugo Löwenthal: Kurze Mittheilungen über die Wirkung des Bromoforms bei Keuchhusten. (Berl. klin. Wochenschr. № 23.)

Angeregt durch die Erfahrungen des Dr. Stepp in Nürnberg hat Verf. auf der Klinik des Prof. Senator das Bromoform bei Pertussis vielfach in Anwendung gezogen und bestätigt die Angaben von Stepp, dass dieses Mittel eine günstige Wirkung ausübt; in einzelnen Fällen war der Erfolg ein so eclatanter, dass man fast an eine specifische Wirkung des Mittels glauben könnte. Schon nach einigen Tagen trat die günstige Wirkung des Mittels hervor. Die schwersten Anfälle wurden schwächer, die häufigen Hustenstösse wurden seltener, das Erbrechen schwand binnen kurzer Zeit, ebenso die Blutungen aus Mund und Nase. In 2 bis 4 Wochen konnten die Kinder als geheilt entlassen werden. Auch in einem recht schweren Fall von Pertussis mit Vitium cordis congen. combinirt, schaffte das Bromoform bald Erleichterung. Von Intoxicationen erwähnt Verf. einen Fall, wo die Mutter dem kranken Kinde offenbar eine viel grössere Dosis gegeben hatte. Die Mutter brachte das Kind schlafend in die Klinik, die Gesichtsfarbe war ausserordentlich blass, die Athmung weder sicht- noch hörbar, der Puls kaum fühlbar, die Pupillen sehr enge. Reactionslosigkeit der Cornea. Nach einer wiederholten Einspritzung von Aether kam das Kind zu sich und genas, nachdem noch Campher und Benzol einige Mal gereicht worden waren.

Es wurden gewöhnlich nur 5 Grm. Bromoform verschrieben und zwar 3—4 Mal täglich 2—5 Tropfen. Kinder bis zu einem Jahre erhielten 3 Mal täglich 2—4 Tropfen, von 2—4 Jahren 3—4 Mal täglich 3—4 Tropfen, von 4—8 Jahren 3—4 Mal täglich 4—5 Tropfen.

Referent hat im Elisabeth-Kinderhospital zu St. Petersburg in der ambulatorischen Abtheilung des Herrn Dr. Lunin im Allgemeinen auch ganz günstige Wirkungen des Bromoforms bei Pertussis gesehen, obgleich auch Fälle zu verzeichnen waren, wo die Stickanfälle nach Verabreichung des in Rede stehenden Mittels keine Linderung erfuhren. Namentlich schien das Bromoform bei den reinen spastischen Fällen angebracht, wogegen es bei Vorhandensein einer diffusen Bronchitis oder gar einer Infiltration der Lunge keine günstige Einwirkung zeigte. Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Theodore Maxwell: Terminologia medica polyglotta. 8°. 459 S. London, J. und A. Churchill. Paris, G. Masson. Philadelphia, P. Blakiston.

Bei dem in der medicinischen Literatur aller neueren Sprachen sich leider immer mehr geltend machenden Streben, die lateinischen Termini, wie überhaupt die Fremdwörter fallen zu lassen und durch eigene Wörter der betreffenden Sprache, oft sogar neugebildete, bisher der Sprache fremde, zu ersetzen, wird es dem Arzte, der sich mit fremdländischer Literatur beschäftigt, immer schwerer dieselbe zu verstehen, selbst wenn er die Sprache des zu lesenden Werkes sonst ganz gut beherrscht. Um so dankenswerther ist das Unternehmen diesem Uebelstande abzuhelfen durch ein polyglottes Lexicon der medicinischen Termini. M. hat die Aufgabe in der Weise gelöst, dass er die französische Sprache als Grundlage wählte, in der Voraussetzung, dass die Kenntniss derselben am weitesten verbreitet sei. Demgemäss sind alle französischen Ausdrücke in's Lateinische, Englische, Deutsche, Italienische, Spanische und Russische übersetzt. Diejenigen Ausdrücke der anderen angeführten Sprachen, welche mit dem Französischen nicht gleichlautend sind, sind in alphabetischer Reihenfolge eingefügt und die französische Bezeichnung beigegeben; beim Nachschlagen der letzteren findet man die Uebertragung in die übrigen Sprachen. Durch diese Anordnung sind Wiederholungen in verschiedenen Sprachen gleichlautender Wörter vermieden und der Text auf 458 Seiten zusammengedrängt worden, wodurch das Buch handlich und bequem ist.

Leider konnten die russischen Wörter in Folge der abweichenden kyrillischen Lettern nicht in die alphabetische Reihenfolge aufgenommen werden und wäre daher ein weiterer russisch-französischer Theil erforderlich, um das Werk auch für das Studium der russischen Literatur nutzbringend zu machen; aus praktischen Gründen musste zunächst davon abgesehen werden.

Für die übrigen Sprachen aber genügt das Werk vollkommen und ist, soweit wir das haben controlliren können, recht sorgfältig gearbeitet, wenn auch einzelne kleine Lücken vorhanden sind. Es kommt einem entschiedenen Bedürfniss entgegen bei allen Aerzten, die sich mehr mit fremdländischer Literatur beschäftigen und wird daher gewiss bald eine weite Verbreitung finden. — Die Ausstattung ist luxuriös. Schröder.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 6. März 1890.

Dr. Kernig referirt über einen von ihm behandelten Fall von Ulcus pepticum ventriculi. In seiner Mittheilung hebt Dr. Kernig zunächst die grosse Seltenheit dieser Krankheit bei der russischen Bevölkerung hervor, was von Sohlern auf die speciellen Ernährungsbedingungen des Russen zurückgeführt wird. Der vorliegende Fall betraf eine 58-jährige Russin, welche als Köchin früher in Schlüsselburg, in letzter Zeit in St. Petersburg gelebt hatte und wegen einer profusen Magenblutung ins Obuchow-Hospital aufgenommen worden war. Trotz Besserung der subjectiven Erscheinungen während einer Milchcur erlitt die Kranke am 13. Tage nach der Blutung bei dem Uebergange zu einer erweiterten Diät eine neue Magenblutung. Dieselbe wurde gleichfalls gestillt. Der Tod erfolgte ca. 10 Tage später infolge einer dritten stärkeren Hämatemesis.

Da mit Ausnahme der Magenblutungen keinerlei charakteristische Ulcussymptome, speciell angeblich keine Cardialgien bestanden hatten und auch nicht im Hospital beobachtet wurden und die Kranke lediglich über vage dyspeptische Beschwerden klagte, so konnte auch keine sichere Diagnose intra vitam gestellt werden. Wegen des Befundes einer mässigen Poikilo- nnd Mikrocytose des Blutes wurde vorübergehend an ein Carcinom des Magens gedacht, jedoch diese Diagnose, ebenso wie auch die Annahme



einer Magenblutung aus einer hyperämischen Magenvene bei Lebercirrhose, wegen des Fehlens anderweitiger Symptome verworfen.

Die von Dr. Winogradow ausgeführte Autopsie zeigte als Quelle der Magenblutung eine im Boden eines peptischen Geschwüres befindliche klaffende Arterie. Das Ulcus war an der kleinen Curvatur des Magens belegen und erschien daselbst fest bindegewebig verwachsen mit dem Pankreaskopfe. Im Uebrigen hatte dasselbe durch narbige Schrumpfung eine organische Sanduhrform des Magens bedingt. (Demonstration).

Dr. Frantzen demonstrirt die expectorirten membranösen Abgüsse aus dem Trachealbaume einer Frau, die an Laryngotracheitis diphtheritica erkrankt und im Marien-Magdalenenhospital verstorben war. Die Diagnose wurde zu Lebzeiten der Patientin laryngoskopisch gestellt und durch die Section bestätigt.

Vortr. hebt zum Schlusse die grosse Seltenheit solcher expectorirter fibrinöser Abgüsse des Trachealrohres bis in die Bronchen zweiter Ordnung hinein, bei Diphtherie dieser Theile hervor. (Demonstration).

Dr. Hagen-Torn hält einen Vortrag über „Chloroformnarkose und Chloroformtod". (Cfr. diese Wochenschrift № 13, 1890).

Discussion. In der sich an den Vortrag knüpfenden Discussion wirft Dr. Kernig die Frage auf, ob und welche Krankheitszustände, speciell des Herzens, eine Contraindication gegen die Vornahme einer Chloroformirung abgeben könnten. Dr. Hagen-Torn weist darauf hin, dass alle pharmakologischen Handbücher vor der Anwendung des Chloroforms bei Herzfehlern, gleichviel ob compensirten oder incompensirten, warnen. Seinem Dafürhalten nach werde die Gefahr bei compensirten Herzfehlern überschätzt, umsomehr, als er die Wirkung des Chloroforms auf das Herz nicht in einer directen Beeinflussung der peripheren Herzganglienzellen erblickt, sondern an eine Vermittelung des Effectes durch das Centralorgan auf das Herz glaubt. Immerhin ist auch er der Ansicht, dass bei der Narkose herzkranker Individuen Vorsicht geboten sei. Prof. Dr. Tiling spricht sich dahin aus, dass die Art des Herzleidens bei der Beurtheilung, ob im gegebenen Falle chloroformirt werden darf, gleichgiltig sein dürfte. Das Maassgebende sei der Grad der Herzschwäche, gleichviel aus welchen Gründen sich dieselbe ableite. Höhere Grade von Herzschwäche dürften einer Chloroformirung nicht zu unterziehen sein. In ähnlichem Sinne erklärt auch Dr. Petersen den Chloroformtod eines von ihm secirten Mannes, bei welchem er eine amyloide Degeneration des Herzens constatiren konnte. Auch die Todesfälle, welche Dr. Masing im Anschlusse an Chloroformirung gesehen hat, haben in ihm den Verdacht erweckt, dass die Herzdegeneration und Herzschwäche z. B. nach langwierigen consumptiven Krankheiten als eine sichere Contraindication gegen die Anwendung des Chloroforms angesehen werden können. Dr. Mobitz weist darauf hin, dass im Obuchowhospital alle Herzkranken, sowohl solche mit Klappenfehlern, als auch Lipomatosis cordis und arteriosclerotischen Herzen unbeschadet chloroformirt werden. Bei den 2 Fällen von Chloroformtod, deren Zeuge er gewesen ist, habe es sich um Herzgesunde Personen gehandelt. Wohl aber hätten sich dieselben im Zustande der Lungendyspnoe befunden, der eine speciell an Lungenstenose gelitten, während der andere Fall eine hochgradig kyphoscoliotische Kreissende betraf. Ebenso glaubt auch Dr. Moritz, dass Störungen der Respiration in erster Reihe zu den Contraindicationen einer Chloroformirung gezählt werden müssen; seiner Erfahrung nach dürfte bei Larynxstenose höheren Grades überhaupt nicht chloroformirt werden; es sei auch nicht unmöglich, dass die Fälle von Chloroformtod Herzkranker in Zusammenhang mit den Respirationsstörungen solcher Patienten gebracht werden könnten. Aehnliche Erfahrungen von schlimmen Zufällen bei der Narkose von Patienten mit behindertem Luftzutritt theilen auch Dr. v. Schröder und Dr. Sewerin mit. Letzterer erwähnt namentlich 3 Todesfälle von Kindern, welche zum Zwecke einer Tracheotomie wegen diphtheritischer Larynxstenose chloroformirt waren. Dr. Anders hat bei der Narkose laryngostenotischer Kinder keinerlei üble Zufälle gesehen und macht gerade auf den hohen Werth der Narkose bei solchen Zuständen aufmerksam, ohne welche das Schreien der Kinder die venöse Stauung der Halsgefässe verstärken und dadurch die Technik der Operation in hohem Grade erschweren würde. Bezüglich der von Dr. Sewerin mitgetheilten Fälle sprechen Dr. Anders und Dr. Hagen-Torn den Verdacht aus, der Chloroformtod könnte möglicherweise durch eine diphtheritische Herzparalyse vorgetäuscht sein. Dr. v. Grünewaldt macht darauf aufmerksam, dass bei der prognostischen Beurtheilung des Chloroforms auch das psychische Verhalten der Kranken vor der Narkose berücksichtigt werden muss: es habe ihm geschienen, als ob Personen, welche von einer gewissen Furcht vor dem Chloroform befangen waren, dasselbe schlechter vertrugen, als Andere, die sich vertrauensvoll einer Narkose unterwarfen. Nur so etwa liesse sich die bekannte stets günstige Narkose Kreissender trotz der relativ grossen dabei verwandten Dosen Chloroform erklären, weil eben Kreissende, um von ihren Schmerzen befreit zu werden, das Chloroform ersehnen und sich ruhig und willig einer Narkose unterziehen. Angesichts der üblen Zufälle bei der Chloroformirung befürwortet Dr. Moritz die häufigere Anwendung des Cocains zur localen Anaesthesie. Dr. Dombrowski tritt gleichfalls warm für die combinirte Chloroform-Cocainanaesthesirung ein; er übe dieses von Obolinski empfohlene Verfahren schon seit 2 Jahren zur grössten Zufriedenheit. Namentlich hebt er hervor, dass hierbei viel weniger üble Zwischenfälle während der Narkose eintreten, das Erbrechen so gut wie garnicht vorkomme, die Operirten sich rasch nach der Narkose erholen. Ganz besonders müsse er die combinirte Anaesthesirung bei chronisch kachektischen Individuen empfehlen, welche einer länger dauernden Operation unterworfen werden müssen. Seiner Erfahrung nach pflegen solche Leute sich oft nur sehr langsam nach der Narkose zu erholen, und gehen dann häufig am 2. oder 3. Tage nach der Operation zu Grunde, ohne dass ausser dem Chloroform bei der Obduction irgend eine andere Todesursache erbracht werden kann. Prof. Dr. Tiling wäre geneigt solche Todesfälle nicht unbedingt dem Chloroform zuzuschreiben, es mögen hierbei noch andere Factoren thätig sein, so die Abkühlung der Kranken, der Blutverlust, die Durchschneidung von Nervenstämmen u. A. m. Im gleichen Sinne spricht sich auch Dr. Westphalen aus. Solche Fälle werden gemeiniglich als Wirkungen des Chloroforms angesehen, meist findet man post mortem eine Pigmentatrophie des Herzens. Dieselbe veranlasste ihn mit Dr. Zoege v. Manteuffel daran zu denken, dass das Chloroform auf ein durch die consumptive Krankheit degenerirtes Herz eingewirkt und den Tod bewirkt hätte. Infolge dessen wurden Kranke, bei denen man ein solches Herz voraussetzen konnte, von Dr. Zoege v. M. nur schwach chloroformirt. Dieselben gingen trotzdem zu Grunde, was darauf hinweisen dürfte, dass hier andere, schon von Prof. Dr. Tiling berührte Ursachen obwalten mögen. Es müsste sich die Statistik der Chloroformtodesfälle bei Berücksichtigung solcher Factoren wesentlich anders gestalten. Auf die Lückenhaftigkeit der Chloroformstatistik weisen auch Prof. Dr. Tiling und Dr. Serck hin. Letzterer betont namentlich auch die Technik der Chloroformirung, welche seiner Ansicht nach sehr verschieden geübt werde, aber bei der Beurtheilung der Gefahren des Chloroforms nicht in genügendem Maasse berücksichtigt werde. Von der Thatsache ausgehend, dass die meisten Chloroformtodesfälle bei Beginn der Narkose vorkommen, glaubt Dr. v. Schröder, dass auch die combinirte Chloroform-Cocainanaesthesirung die Gefahr eines Todesfalles nicht verringern könne, umsomehr noch, als wir keine Mittel besitzen das einmal dem Körper subcutan einverleibte Cocain aus demselben zu entfernen und auch das Cocain kein absolut ungefährlicher Stoff sei. Gegen dieses Argument wendet Dr. Dombrowski ein, dass das Chloroform und das Cocain sich in ihrer Wirkung auf das Herz gewissermaassen aufheben; ersteres lähmt das Herz, während das letztere es anregt; darin dürfte gerade der Vorzug der combinirten Chloroform-Cocainanaesthesirung gefunden werden. An die Mittheilung Dr. Hagen-Torn's anknüpfend, dass der Füllungszustand des Magens auf das Zustandekommen des Erbrechens bei dem Chloroformiren indifferent sei, theilt Dr. Graf Magawly seine entgegengesetzten Erfahrungen mit, denen sich auch Dr. Anders anschliesst. — Dr. Graf Magawly hebt auch namentlich den Umstand hervor, dass beim Erbrechen bei vollem Magen die Aspiration des Erbrochenen für den Operirten gefährlich werden könne, es sich mithin empfehle, stets nüchterne Personen zu chloroformiren.

Bezüglich der von Dr. v. Schröder angeregten Discussion über den Ersatz des Chloroforms durch Aether sprechen sich Dr. Higginbotham und Prof. Dr. Tiling gegen die Anwendung des Aethers aus. Dr. Higginbotham betont, dass namentlich Alkoholiker sehr schwer aetherisirt werden können, auch, wie er aus eigener Erfahrung berichten kann, die Nachwirkung des Aethers eine langandauernde und in hohem Grade unangenehme sei. Prof. Dr. Tiling erwähnt noch des Speichelflusses als einer sehr lästigen Nebenwirkung des Aethers und glaubt, dass auch die Statistik der üblen Zufälle nach einer Aethernarkose nur wenig von der Chloroformstatistik abweiche.

Zum Schlusse weist Dr. Selenkow darauf hin, dass bei der Aethernarkose der Hauptnachdruck auf die Methodik der Narkose zu legen sei. Es werden, wie aus einer Arbeit von Fueter (Deutsche Zeitschr. f. Chir. XXIX) hervorgeht, die Aetherdämpfe in sehr concentrirter Form verabreicht, wobei dann ein einmaliges Aufgiessen von 50 Ccm. oft schon für grössere Operationen genügt. Für die Todesfälle, welche Stunden und selbst Tage nach einer Chloroformnarkose eintreten, bringt eine Arbeit von Ostertag (Virch. Arch., Bd. 116) letzthin einige Aufklärung, in welcher auf degenerative Vorgänge im Herzmuskel hingewiesen wird.

Dr. v. Grünewaldt hält einen Vortrag: „Zur Casuistik des Cystoadenoma proliferum ovarii".

Zunächst erwähnt Redner, dass gemeiniglich die Ansicht herrscht, bösartige Tumoren der Leibeshöhle dürften nicht durch Laparotomie entfernt werden. Wie der Vortr. an mehreren Beispielen aus der Literatur ausführt, kann die Ansicht nicht mehr zu Recht bestehen. Solches lehre auch der vorliegende Fall. In demselben handelte es sich um eine Frau mit hochgradigem Ascites, welcher allerdings eine genauere Diagnosenstellung in hohem Grade erschwerte, während wiederum andere Symptome auf



das Bestehen einer Neubildung innerhalb des Bauchraumes hinwiesen. Nach vorangehender Punction wurde die Kranke vom Vortragenden laparotomirt. Es erwies sich, dass beide Ovarien in faustgrosse zottige Geschwülste — proliferirende Cystoadenome — umgewandelt waren. Metastasen wurden nicht gefunden.

Der Heilungsverlauf war in sofern ein ungünstiger, als eine Nahteiterung und recht langwierige Abscedirung der vorderen Bauchwand eintrat.

(An den Vortrag schliesst sich eine Demonstration der Tumoren).

stellv. Secretär: Dr. Westphalen.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 25. September 1889.

1) Dr. Petersen demonstrirt ein Zungenpräparat eines an Lungen-, Luftröhren- und Kehlkopftuberculose Verstorbenen. Das Geschwür an der Zungenspitze war schon im Leben als tuberculös erkannt durch mikroskopischen Nachweis der Bacillen.

2) Dr. Kernig demonstrirt die Milz des verstorbenen Collegen B. Vor 14 Jahren hatte B. einen exanthematischen Typhus. Etwa in der 3. Woche der Reconvalescenz erfolgte eine Milzruptur, die ganz sicher diagnosticirt wurde. Er genas vollständig und starb jetzt an Osteomyelitis. Die Milz bot bei der Section Flächenverwachsung mit dem Fundus ventriculi dar. Sonst an ihr nichts Pathologisches.

3) Dr. Tilling zeigt ein künstliches Gebiss von 3,7 Ctm. Länge, das der Besitzer desselben im Mai c. in der Nacht verschluckt hatte und das jetzt am 10. August, also nach 85 Tagen, in Fäces eingehüllt im Stuhlgange erschienen war. Offenbar hatte es die längste Zeit im Oesophagus gesteckt, denn da hatte er die ganze Zeit ein unbequemes Gefühl beim Hinabgleiten irgend grösserer Bissen, einmal sogar Erstickungsmomente, bis der grosse Bissen wieder ausgebrochen war. Am 5. August hatte er schwere Kisten geschoben und dabei fühlte er plötzlich, dass die Beschwerden aufhörten. 5 Tage darauf ging das Gebiss ab.

Sitzung am 23. October 1889.

1) Dr. Kernig demonstrirt an Präparaten einen primären Nierenkrebs mit mehr oder weniger massenhaften Metastasen in den Lungen, im Herzen, in der Leber, dem Peritoneum etc.

Eine 59jährige Frau war im Juli 1889 ins Obuchow-Hospital eingetreten, nachdem sie angeblich 12—14 Tage krank gewesen war. Ein mittelgrosses pleuritisches Exsudat rechts wurde constatirt. 2malige Punction mit der Pravaz'schen Spritze ergaben negatives Resultat. Verlauf ohne Fieber. Urin sp. G. 1014 enthält etwas Eiweiss. Exsudat wird resorbirt. Im August verliess sie das Hospital. Am 3. October wieder aufgenommen: Verschlechterung. Dämpfung und Fehlen des Athmungsgeräusches und Stimmfremitus an der unteren Hälfte der rechten Brusthälfte. Wieder kein Fieber. Jetzt in der hinteren Achsellinie auf der 5. Rippe etwas circumscriptes Oedem, ein Infiltrat, so dass man die Rippe nicht abpalpiren konnte. Dieses Oedem, die Fieberlosigkeit und das Schwanken des Exsudates liessen an die Möglichkeit einer Neubildung, namentlich Krebs, denken; diese Annahme wurde bestätigt durch die nun vorgenommene Punction mit einer stärkeren Nadel im 7. Intercostalraum. K. fühlte dabei deutlich, dass er durch festes Gewebe stiess, auch bekam er nur hämorrhagisches Exsudat. Die Leber war sehr vergrössert. Der Urin wurde oft besichtigt, er bot nichts Besonderes dar, namentlich war er nie blutig. Puls nicht beschleunigt, am Herzen nichts Krankhaftes. Hochgradige Anämie, aber keine recht gelbkachektische Hautfarbe. Am 17. Oct. trat ein apoplektischer Anfall ein, Parese der l. Extremitäten und Gesichtshälfte. Somnolenz. Tod am 22. October.

Section. Im Unterleibe höchstens 2 Esslöffel voll Serum. Das Peritoneum besät mit Krebsknoten. Rechte Niere sehr gross, in toto so krebsig degenerirt, dass an ihr kaum irgendwo normales Gewebe zu finden war; Nierenbecken und Ureter sehr erweitert. Linke Niere kleiner, aber dicht durchsetzt von Krebsknoten; in der Leber solcher nur vereinzelte, subperitoneale. Milz und Genitalien frei. Rechte Lunge vielfach adhärent, besonders die untere Fläche mit dem Diaphragma ganz verbacken; nur an einer Stelle, entsprechend der Achsellinie, ein kleiner mit blutigem Serum gefüllter Sack zwischen den Pleurablättern. Die Lunge selbst durchsetzt von Krebsknoten. In der l. Lunge, die ganz frei von Adhäsionen ist, vereinzelte Knoten. Das Herz nicht vergrössert, Ostien und Klappen normal, aber die Muskulatur in allen Theilen durchsetzt von Krebsknoten, meist erbsengrossen, aber auch noch grösseren.

Im Gehirn eine alte Cyste und Erweichung.

Offenbar war die rechte Niere das primär erkrankte Organ, von dem aus die colossale Verbreitung der Metastasen ausging. Diese Nierengeschwulst entging der Diagnose, weil sie von der sehr vergrösserten Leber ganz überlagert war. Auffallend das Fehlen der Hämaturie und das Fehlen von Herzsymptomen bei so schwerer Erkrankung.

Sitzung am 23. November 1889.

Discussion über die gegenwärtige Influenzaepidemie. Ist die Influenza contagiös?

Dr. Schmitz sah in seiner Privatpraxis mehrere Familien, wo in ganz regelmässigen Zwischenräumen von 2 Tagen *alle* Mitglieder von der Influenza befallen wurden. In einer Familie blieb ein Kind, das wegen Keuchhusten seit längerer Zeit vollkommen isolirt gehalten war, verschont, während alle übrigen Familienglieder erkrankten. Auf der chirurgischen Abtheilung des Oldenburg'schen Kinderhospitals erkrankten 6 Kinder in einer Palate auf einmal. Danach traten nach einiger Zeit auch in anderen Zimmern Erkrankungsfälle auf.

In der ersten Hälfte des October begann die Epidemie und zwar in den an der Newamündung gelegenen Stadttheilen Wassili-Ostrow und Kolomna. Keineswegs war in diesen Bezirken die Intensität der Erkrankungen überall gleich. Auf Wass.-Ostrow sind die beiden grossen Mädcheninstitute, das patriotische und das Elisabethinstitut, ganz nahe bei einander gelegen. In ersterem erkrankten über 100 Insassen, in letzterem ganz vereinzelte. Der Charakter des Verlaufes der einzelnen Erkrankungen ist sehr verschieden. Dr. Assmuth sah in einem Falle alle Symptome einer Meningitis cerebro-spinal. (rasende Kopfschmerzen, Nackenstarre, verschieden weite Pupillen, Strabismus, Delirien etc. — nur das Kernig'sche Symptom fehlte). Nach 5 Tagen waren alle bedrohlichen Erscheinungen geschwunden. — Sehr oft wurde nach der Krankheit langdauernde schwere Prostration gesehen, die anderweitig geschwächten Personen verderblich wurde; so war die Sterblichkeit der Phthisiker in allen Hospitälern bedeutend. Ferner wird von mehreren Beobachtern die zunehmende Häufigkeit der Complicationen mit catarrhalischen und croupösen Pneumonien während der Influenza constatirt, die zuweilen zum Tode führte.

Dr. Ucke giebt eine Uebersicht über die aussergewöhnlichen meteorologischen Verhältnisse, die während dieser Zeit geherrscht und möglicherweise zur Entwickelung der Epidemie beigetragen hätten. Die Temperatur war vom 15. Oct.—15. Nov. am Morgen durchschnittlich + 1,25° C., am Abend + 2° C., im Mittel also 1,6° C. Das Mittel während 121 Jahren betrug aber für diese Zeit — 1,6°. Es bestand also in diesem Jahre ein Unterschied von 3,2° C. gegen das 121-jährige Mittel. Der Barometerstand war in derselben Zeit ungewöhnlich hoch 761,3. Dabei kamen sehr bedeutende Schwankungen vor, so z. B. am 28. Oct. nur 749,9. Im Durchschnitt war der Barometerstand um 2,4 höher als das 121-jährige Mittel. Die vorherrschende Windrichtung war in dieser Zeit S und SW, während 19 Tagen wehte reiner S-wind.

Dr. Kernig theilt noch kurz folgenden Fall von schwerer Influenza mit:

Ein 18-jähr. Künstler hatte eine mittelschwere Attaque überstanden. Am 7. Tage ging er bei kaltem Wetter aus. Am nächsten Tage grosse Schwäche der Beine und rasche Entwickelung einer completen motorischen und sensiblen Lähmung bis zur 4. Rippe hinauf, dann auch der Arme. Blasenlähmung. Athmung nur durch das Zwerchfell. Constantes Fieber, Puls 130, kaum fühlbar. 5 Tage nach Beginn der Lähmung Tod. Da hier auch Anaesthesie und Blasenlähmung war, so handelt es sich nicht bloss um Landry'sche Lähmung.

z. Z. Director: Dr. Lingen.
Secretär: Dr. Masing.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Rotter bedient sich zur *Ausspülung der männl. Harnblase ohne Catheterismus* eines einfachen Irrigators, an dessen Schlauch sich ein der Weite des Orificium urethrae angepasster Ansatz befindet; der Pat. nimmt die Rückenlage mit etwas angezogenen Beinen und hochgelagertem Becken ein; der Irrigator wird auf 1—2 Meter gehoben; nach etwa einer halben Minute beginnt die Flüssigkeit in die Blase einzufliessen; bei vollständiger Füllung der letzteren tritt sehr prompt heftiger Harndrang ein, worauf die Blase sich energisch entleert.

(Münch. med. W. № 20.)

— Charon behandelt den Herpes tonsurans nach der Reynolds'schen Methode: es wird der constante Strom gebraucht, um eine antiparasitäre Lösung in die Haarfollikel eindringen zu lassen. Die positive Electrode, in Form eines Schwammes, wird in eine 1 °/₀₀ Sublimatlösung getaucht und auf die herpetische Zone gesetzt, die negative Electrode auf eine indifferente Stelle. Der Strom von 20 Elementen wird 15—30 Minuten lang durch die afficirte Stelle geleitet. Heilung trat rasch ein.

(Journal de Médicine de Bruxelles 1889.)

— Gegen *Scabies* wird neuerdings die Anwendung der *Schwefelblumen* vielfach empfohlen, so von Sherwell, Taylor u. A. Ersterer lässt die afficirten Körpertheile mit Flor. sulfur. einreiben und die Bett- und Leibwäsche mit denselben bestreuen. T. lässt Abends in einem Bade von 30° R., dem 1 ℔ Soda zugesetzt wird, tüchtig abseifen, dann gut abtrocknen und mit folgender Salbe einreiben: Bals. Peruvian., Lac. sulfur. āā 4,0 auf Vaselin. 30,0. (Ref. in d. Monatsh. f. prakt. Derm. № 10.)

— Gegen *Krätze* empfiehlt Tresilian Carbolöl (1 : 15). Dasselbe bewährt sich in sehr renitenten Fällen.

(Allgem. med. Centr.-Ztg. Heft 52 1890.)

XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,

St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 31 St. Petersburg, 4. (16.) August **1890**

Spermin, ein neues Stimulans.

Von

Prof. Dr. A. Poehl.

Der berühmte Physiologe Brown-Séquard ging schon lange mit dem Gedanken um, dass die Function der Drüsen sich vielleicht nicht auf die Secretions- und Excretionsthätigkeit beschränke, sondern dass dieselben noch durch ihre in's Blut übergehenden Producte auf den Organismus einwirken. Dieser Gelehrte richtete hauptsächlich sein Augenmerk auf die Reproductionsdrüsen; eine Reihe von an Thieren gemachten Experimenten überzeugten ihn davon, dass in den Testikeln junger Thiere ausser den morphologischen Elementen — den Samenkörpern — noch bestimmte chemische Verbindungen existiren, welche die Nerventhätigkeit, und zwar in allen ihren Aeusserungen, anregen.

Bei castrirten Individuen ist eine derartige Erhöhung der Nerven- und Muskelaction nicht bemerkbar.

Die unmittelbar in das Blut oder durch das System der Lymphgefässe erfolgende Einführung der im Sperma enthaltenen stimulirenden Substanzen muss nothwendig im geschwächten und aus irgend welchen Gründen dieser belebenden Elemente beraubten Organismus eine Hebung der allgemeinen Ernährung, sowie grössere Rüstigkeit und Lebhaftigkeit in den Bewegungen mit sich führen.

Brown-Séquard sieht in der Einspritzung einer Emulsion aus Testikeln das Mittel zur Verjüngung, und der 72-jähr. Mann entschloss sich im Mai d. J. 1889 in dieser Richtung an sich selbst ein Experiment zu machen. In seinem der Pariser Biologischen Gesellschaft erstatteten Bericht theilt er mit, dass er nach gemachter Einspritzung die entschwundene Lebenskraft habe zurückkehren fühlen, die Fähigkeit zu andauernder geistiger Arbeit wiedergewonnen habe — er fand, nach seinem eigenen Bekenntniss, einen Theil seiner Jugend wieder. Diese Besserung des Allgemeinbefindens entging Niemandem aus der Zahl derer, welche Brown-Séquard vor seinen Experimenten kannten. Kein Wunder, dass eine derartige Erklärung nicht nur in der Gelehrtenwelt, sondern auch in der allgemeinen Presse Aufsehen erregte. Obwohl Brown-Séquard in der Folge an sich selbst die Erfahrung gemacht hatte, dass die Wirkung dieses Mittels eine vorübergehende sei, da sich nach Verlauf einiger Wochen die frühere Altersschwäche wieder fühlbar machte — so wird hierdurch dennoch die wissenschaftliche und praktische Bedeutung dieser Entdeckung nicht geschmälert.

Brown-Séquard verwendete zu seinen Experimenten die Testikel junger Thiere, vorzugsweise diejenigen von Meerschweinchen. Anfangs injicirte er eine durch Verreiben von Testikeln in Wasser gewonnene Emulsion unter die Haut, doch gelangte er hierbei zu der Ueberzeugung, dass ein derartiges Verfahren eine gewisse Gefahr hinsichtlich einer möglichen Sepsis in sich birgt.

Um die Gefahr einer Infection zu beseitigen, sterilisirte Brown-Séquard die Emulsion durch Anwendung eines Kaolinfilters, wobei er die Ueberzeugung gewann, dass die Wirkung der filtrirten Lösung von derjenigen der Emulsion sich nicht unterscheide, dass also die Wirkung nicht durch die morphologischen Elemente, als: Spermatozoën, sowie unverändert erhaltene Zellen, sondern durch eine gewisse, chemisch bestimmbare Substanz bedingt sei, als welche sich später das Spermin erwies.

Die Versuche Brown-Séquard's wiederholten Rogers, Anderson, Henry, P. Loomis, Szikszay, Hammond, Villeneuve, Suzor, Brainerd, in Russland S. D. Kostjurin, F. A. Roschtschinin und Wiktorow.

Alle genannten Forscher gelangten, mit wenigen Ausnahmen, zu einem positiven Resultate, sowohl in Bezug auf eine Hebung des subjectiven Wohlbefindens, als auch hinsichtlich der objectiv constatirbaren Erhöhung der Nerven- und Muskelaction. In keinem der beobachteten Fälle wird einer schädlichen Wirkung der Injectionen Erwähnung gethan, abgesehen von vorübergehenden Reizerscheinungen im Gebiete der Injectionsstelle.

Die prismatischen im menschlichen Sperma sich bildenden Krystalle, auf welche von Charcot, Robin, Neumann, Böttcher u. A. hingewiesen wird, wurden Anfangs für einen ganz besonderen Eiweisskörper angesehen. Schreiner (Chem. Centralbl. 1878, pag. 728) erkannte, dass diese Krystalle ein phosphorsaures Salz einer organischen Base — des Spermins, C_2H_5N, darstellen. Die erwähnten Krystalle wurden lange Zeit für ein charakteristisches Kennzeichen des Sperma gehalten, so dass man bei der mikroskopischen Untersuchung des Urethralschleimes aus der Auffindung dieser Krystalle auf das Vorhandensein von Sperma im untersuchten Schleime schloss, bis Fürbringer (Zeit-

schr. für klin. Med. 1881, pag. 287) den Beweis lieferte, dass diese Krystalle jedesmal auftreten, wenn man das Secret der Prostata mit phosphorsaurem Ammonium versetzt. Gemäss der Ansicht von Fürbringer ist das Spermin aller Wahrscheinlichkeit nach im Secrete der Prostata in Form eines salzsauren Salzes enthalten, wobei die krystallinische Ausscheidung des schwer löslichen phosphorsauren Salzes durch das Vorhandensein von phosphorsaurem Ammonium bedingt wird. Schliesslich legt Fürbringer der Anwesenheit dieser Krystalle im Urethralschleime bei gleichzeitiger absoluter Freiheit des Letzteren von Spermatozoën klinisch-diagnostische Bedeutung bei, als Symptom der Prostatorrhoea. Die gleichen Krystalle (Charcot, Robin, Förster, Harting, Vulpian, Neumann u. A.) wurden gefunden im Blute Leukämischer (Wagner), im Sputum bei Phthisis (Förster, Harting), bei Pneumonia catarrhalis und Emphysem; in jüngster Zeit fand Kunz Spermin sogar in den auf Serum-Eiweiss gezogenen Culturen des Cholera-Bacillus (Jahresber. d. Thier-Chemie 1888, pag. 351).

Ladenburg und Abel (Ber. d. deutsch. chem. Gesellsch. 1888, pag. 758) halten das Spermin für identisch mit Aethylenimin, $\begin{matrix} CH_2 \\ CH_2 \end{matrix} > NH$, welches beim Erwärmen von salzsaurem Aethylendiamin entsteht; nach Ladenburg entsprechen die Sperminkrystalle der Formel $(C_2H_4NH)_4Ca(PO_4)_2$ und nicht $(C_2H_5N)_2HPO_4 + 3H_2O$, wie es Schreiner annahm.

Wie bereits erwähnt, ist das Spermin seiner chemischen Structur nach Aethylenimin. Da eine genaue und umfassende Charakteristik der zuerst von Ladenburg isolirten Imingruppe bisher in der Mehrzahl der Handbücher über organische Chemie keine Aufnahme gefunden hat, so erscheint es an dieser Stelle geboten, die Charakteristik der Imine, wie sie Ladenburg für diese Gruppe organischer Verbindungen aufgestellt hatte, wiederzugeben (Ber. der deutsch. chem. Gesellsch. 1883, pag. 1149; 1885, pag. 2956).

Die Imine sind secundäre Aminbasen, in denen zwei aus dem Ammoniak ausgetretene Wasserstoffatome durch das zweiatomige Alkoholradical ersetzt werden (d. h. durch eine aus Kohlenstoff und Wasserstoff bestehende Gruppe). Somit gehören zu den Iminen die Piperidinbasen, d. h. Piperidin $C_5H_{10}NH$ und dessen Homologe, Pyrrolidin C_4H_8HN, Pyrrol C_4H_4NH, Indol und dessen Derivate, Hydrochinolin $C_9H_{10}NH$ und dessen Homologe u. s. w.

Die allgemeine Bildungsweise dieser Basen besteht in der Abspaltung von Ammoniak bei der trockenen Destillation der salzsauren Diamine. So entsteht z. B. aus dem salzsauren Pentamethylendiamin[1]) salzsaures Piperidin, aus dem salzsauren Tetramethylendiamin — salzsaures Pyrrolidin.

$$C_5H_{10}N_2H_4 . 2\,HCl = C_5H_{10}NH . HCl + NH_4Cl$$
$$C_4H_8N_2H_4 . 2\,HCl = C_4H_8NH . HCl + NH_4Cl$$

Im Allgemeinen besitzen die Imine die Eigenschaften der secundären Amine, d. h. sie bilden Nitrosamine und können den mit Stickstoff verbundenen Wasserstoff durch Säure- und Alkoholbasen ersetzen. Jedoch ist für gewisse Imine (der Piperidinreihe) allem Anscheine nach die von Hoffmann entdeckte Reaction charakteristisch, welche dieselben von den übrigen secundären Aminen leicht unterscheiden lässt. Es bildet nämlich Jodmethyl bei seiner Einwirkung auf ein secundäres Amin zuerst eine tertiäre Base, welche bei weiterer Behandlung mit Jodmethyl in das Jodür der Ammoniumbase übergeht. Bei der Destillation dieser Letzteren mit Aetzkali, oder bei der Destillation nach vorhergegangenem Behandeln mit Silberoxyd, erhalten wir wieder die ursprüngliche tertiäre Base (oder es bildet sich eine andere tertiäre Base, indem ein anderer Alkoholrest durch ein Methyl ersetzt wird), mit anderen Worten — in diesem Falle gelingt es nur eine Methylgruppe einzuführen.

$$\underset{H}{(C_2H_5)_2N} + JCH_3 = \underset{CH_3}{(C_2H_5)_2N} . HJ$$
Diaethylamin — Diaethyl-Methyl-Amin (Jodhydrat)

$$\underset{CH_3}{(C_2H_5)_2N} + JCH_8 = \underset{CH_3}{(C_2H_5)_2N} . CH_3J$$
Diaethyl-Methyl-Ammonium-Methyl-Jodür

$$\underset{CH_3}{(C_2H_5)_2NCH_3J} + KHO = KJ + CH_3HO + \underset{CH_3}{(C_2H_5)_2N}$$

[1]) Das Pentamethylendiamin ist mit dem Cadaverin identisch, einem von Brieger aus faulenden menschlichen und thierischen Leichen gewonnenen Ptomain.

Anders verhalten sich die Imine. Zuerst bildet sich gleichfalls eine tertiäre Base und hierauf das Jodür der Ammoniumbase. Diese letztere bildet jedoch bei der Destillation mit Aetzkali oder bei Destillation nach vorhergegangenem Behandeln mit Silberoxyd eine flüchtige Dimethylbase, welche noch weitere Verbindungen mit Jodmethyl eingehen kann. Das auf ebengenannte Weise gewonnene Jodür der Ammoniumbase spaltet bei wiederholter Behandlung mit Aetzkali oder Silberoxyd Trimethylamin ab, unter gleichzeitiger Bildung einer stickstofffreien Base.

$$C_5H_{10}NH + JCH_2 = C_5H_{10}NCH_3 , HJ$$
Methylpiperidin

$$C_5H_{10}NCH_3 + JCH_3 = C_5H_{10}NCH_3 , CH_3J$$
Methylpiperidin-Methyl-Ammonium-Jodür

$$C_5H_{10}NCH_3CH_3J + KOH = C_5H_9(CH_3) . NCH_3 + KJ + H_2O$$
Dimethylpiperidin

$$C_5H_9(CH_3)NCH_3 + CH_3J = C_5H_9(CH_3)NCH_3 , CH_3J$$
Dimethyl-Piperidin-Methyl-Ammonium-Jodür

$$C_5H_9(CH)_3NCH_3 , CH_3J + KHO = C_5H_8 + N(CH_3)_3 + KJ + H_2O$$
Piperilen.

Ganz analoge Vorgänge sind für das Coniin und das Pyrrolidin bekannt, bei Hydrochinolin konnten diese Erscheinungen nicht beobachtet werden.

Eine Erklärung dieses eigenthümlichen Verhaltens kann in dem Umstande gesucht werden, dass der Stickstoff der Imine mit jedem Kohlenstoff einer und derselben Kette in doppelter Bindung steht und er diese Bindungen successive durch Bindungen mit Methylgruppen ersetzt. So entstehen:

I. CH_2 — H_2C, CH_2 — H_2C, CH_2 — N — H
Piperidin

II. CH_2 — H_2C, CH_2 — H_2C, CH_2 — N — CH_3
Methylpiperidin

III. CH_2 — HC_2, CH_2 — HC_2, CH_2 — N — $(CH_3)_2$
Dimethylpiperidin

IV. CH_2 — HC_2, CH — HC_2, CH
Piperilen.

Das Aethylenimin ist das unterste Glied der Iminreihe; es wird nicht gemäss der oben angeführten allgemeinen Bildungsweise durch Destillation gewonnen, sondern durch Erwärmung von salzsaurem Aethylendiamin in geschlossenem Rohre:

$$\begin{matrix} CH_2NH_2 . HCl \\ CH_2NH_2 . HCl \end{matrix} = C_2H_4 : NH . HCl + NH_4Cl$$

Diese Zerlegung geht jedoch nicht in allen Theilen vor sich, und es entstehen ausser dem Aethylenimin noch andere, nicht näher untersuchte Basen. Aus dem Reactionsproducte gelang es Ladenburg das Aethylenimin vermittelst fractionirter Fällung mit Kaliumwismuthjodid zu isoliren; der Anfangs entstehende Niederschlag ist amorph, das Filtrat scheidet Krystalle der Verbindung des Aethylenimins mit Kaliumwismuthjodid aus. Diese Gewinnungsmethode hat bisher keine praktische Bedeutung erlangen können, da die Ausbeute hierbei eine sehr geringe ist. Bei der Temperatur, bei welcher überhaupt die Zerlegung des salzsauren Aethylendiamins in Salmiak und salzsaures Aethylenimin vor sich geht, wird dieses Letztere bereits zerlegt.

Die reine Base wurde durch Destillation der Wismuthjodidverbindung mit Aetzkali gewonnen.

Ladenburg und Abel machten die Beobachtung, dass sich die freie Base — das Spermin — unter gewissen Bedingungen verdichtet und einen festen Körper, eine polymere Base, das Diaethylendiamin oder Piperazidin, bildet:

$CH_2 . NH . CH_2$
$CH_2 . NH . CH_2$.

Ferner bemerkten die genannten Forscher die interessante Erscheinung, dass bei der Destillation der Base oder eines ihrer Salze mit Aetzkali das Spermin sich mit den Wasserdämpfen verflüchtige, dass hingegen beim Abdampfen einer wässrigen Lösung aus dem Wasserbade die Base als Abdampfrückstand hinterbleibt, wobei nur theilweise Verflüchtigung stattfindet. Sie erklären diese Erscheinung durch die Annahme, dass beim Abdampfen eine zeitweilige Polymerisation des Spermins einträte, bei der Destillation mit einem Alkali jedoch sich eine nicht polymere Base verflüchtige. In letzterem Falle ist ein schwacher Piperidingeruch bemerkbar, welcher die ganze Aethyleniminguppe kennzeichnet, nicht aber das Piperazidin.

Die Gewinnung des Spermins bietet einige Schwierigkeiten, wie aus der in Folgendem beschriebenen Gewinnungsmethode ersichtlich. Nichtsdestoweniger muss man sich über die Erklärung der bekannten chemischen Fabrik von Merck in Darmstadt wundern, dass nämlich die Versuche zwecks Darstellung von Spermin ein negatives Resultat ergaben [1]). Die Angabe von Gehe & Co., sowie Parke, Davis & Co., dass das Spermin im Handel noch nicht vorhanden sei, hat ihren Grund in der Schwierigkeit der Darstellung und der relativ geringen Ausbeute.

Als geeignetes Material zur Gewinnung des Spermins haben sich die Testikel und Prostatadrüsen von jungen, gesunden, soeben geschlachteten Ochsen erwiesen, sowie Testikel junger Hengste. Das zweckmässigste Verfahren zur Gewinnung von Spermin ist nach den in meinem Laboratorium gemachten Versuchen folgendes:

Die Testikel werden zu einer feinen Emulsion zerrieben und mit angesäuertem Wasser extrahirt. Hierauf werden die Eiweisskörper aus der Flüssigkeit ausgeschieden und das in gelöstem Zustande befindliche Spermin wird von den übrigen löslichen Körpern getrennt, und zwar in Form der in Säuren unlöslichen phosphorwolframsauren Verbindung. Der phosphorwolframsaure Niederschlag wird durch Baryt zerlegt und das in Freiheit gesetzte Spermin mit absolutem Alkohol extrahirt. Zum Zwecke der endgültigen Reinigung wenden wir Entfärbung durch Thierkohle und Fällung als unlösliches Sperminphosphat an, welches hierauf von Neuem durch Baryt zerlegt werden muss. Die reine Base wird mit Salzsäure neutralisirt und der Krystallisation unterworfen, wobei man zu der wässrigen Lösung Alkohol zusetzt. Das auf diesem Wege hergestellte Präparat gab alle für das Spermin charakteristischen Reactionen.

Die Eigenschaften des Spermins sind folgende: dasselbe ist eine farb- und geruchlose syrupöse Flüssigkeit, von stark alkalischer Reaction, welche sich beim Trocknen im Exsiccator zu einer festeren Masse verdickt. Mit Säuren bildet es gut krystallisirende Salze. Das Chlorhydrat bildet luftbeständige prismatische Krystalle, ist in Wasser leicht löslich, unlöslich in Aether und fast unlöslich in absolutem Alkohol.

Reagentien rufen in wässriger Sperminlösung folgende Veränderungen hervor:

Erwärmung mit Alkalilaugen: Entwickelung von Ammoniak;

Chlorzink: weisser flockiger, in Säuren löslicher Niederschlag;

Tannin: weisser Niederschlag;

Sublimat: weisser Niederschlag;

Goldchlorid: goldgelber Niederschlag, welcher sich nach einiger Zeit in tafelförmige Krystalle verwandelt;

Platinchlorid: nach einiger Zeit krystallinischer Niederschlag;

Jodkalium, Neutrales und basisches Bleiacetat } rufen keine Veränderung hervor;

Phosphormolybdän-Säure: gelber Niederschlag;

Phosphorwolfram-Säure: weisser flockiger Niederschlag, löslich in Alkalien, unlöslich in Säuren;

Kaliumwismuthjodid: rothbrauner Niederschlag, in Säuren löslich, theilweise krystallisirbar.

Bei der Bearbeitung des Goldchlorid-Niederschlages mit metallischem Magnesium wird Geruch nach frischem menschlichem Sperma wahrnehmbar. Bei Erwärmung auf dem Wasserbade wird dieser Geruch stärker, worauf Ammoniakgeruch eintritt.

Die genannten Reactionen beweisen die Identität des Präparates und stimmen mit den von Ladenburg und Abel angeführten Reactionen überein. Ausserdem halte ich für geboten, die Reinheit des Spermins vermittels unterbromigsaurem Natrium zu prüfen, welches das Spermin bei gewöhnlicher Temperatur nicht zersetzt; Fehling'sche Lösung wird von Spermin weder in der Kälte, noch beim Erwärmen reducirt.

Zu medicinischen Zwecken findet ausschliesslich das in Wasser leicht lösliche salzsaure Salz Verwendung.

Variot (Ther. Gaz. 1889, № 8, pag. 566), welcher als einer der Ersten Versuche mit Spermineinspritzungen gemacht hat, gelangte zu bemerkenswerthen Resultaten. Wir bringen in Kürze die von Variot beschriebenen Fälle:

Fall I. Maler von 54 Jahren, leidet an chronischer Bleivergiftung und allgemeinem Kräfteverfall. Im Verlaufe einer Woche vor der Spermineinspritzung musste Patient in Folge grosser Schwäche das Bett hüten. Nach der ersten Injection empfand der Kranke während 3—4 Stunden Schmerz, allgemeines Unwohlsein und Immobilität der Glieder. Jedoch nach Verlauf einiger Stunden fühlte er sich ungewöhnlich rüstig und gekräftigt. Die zwei Tage darauf gemachte zweite Einspritzung rief gleichfalls Schmerz hervor, es erfolgte jedoch darauf eine Hebung des Allgemeinbefindens, Eintreten eines gesunden Appetites, sowie Erectionen, welche bei dem Patienten schon lange ausgeblieben waren. Die nach abermaliger zweitägiger Pause ausgeführte dritte Einspritzung führte zu weiterer Kräftigung des Kranken.

Fall II. Mann von 56 Jahren, in Folge stark herabgesetzter Ernährung vollständig altersschwach; die Spermineinspritzungen riefen gleichfalls vorzügliche Kräftigung des Körpers hervor; Erectionen erfolgten nicht.

Fall III. 68-jähriger Greis, welcher kurz vorher eine schwere Pneumonie durchgemacht hatte und an chronischem Harnblasencatarrh litt, musste in Folge grosser Schwäche das Bett hüten und nahm nur wenig Nahrung zu sich. Nach zwei an einem Tage ausgeführten Injectionen fühlte sich Patient nicht wohl; am folgenden Tage jedoch verbesserte sich sein Zustand in dem Maasse, dass der Kranke einen Spaziergang unternahm und gymnastische Uebungen auszuführen im Stande war. Zwei Tage darauf waren Appetit und Allgemeinbefinden ausgezeichnet, und nach der folgenden Einspritzung trat Erection ein.

Auf Grund dieser Beobachtungen gelangt Variot zu folgenden Schlüssen:

1) Spermineinspritzungen sind vollkommen gefahrlos, obwohl sie Schmerz hervorrufen [2]);

2) die auf die erste folgenden Injectionen rufen gleichfalls Schmerz hervor, haben jedoch nicht einmal vorübergehende unangenehme Empfindung zur Folge;

3) die Wirkung der Einspritzung äussert sich in einer allgemeinen Hebung der Nervenaction, Erhöhung der Muskelkraft, Regulirung der Digestion und schliesslich Erregung der Gehirnthätigkeit;

4) geschlechtliche Erregung wird durch Sperminiinjection nicht immer hervorgerufen.

In Nachstehendem führe ich die Beobachtungen an, welche mit dem in meinem Laboratorium dargestellten Spermin gemacht wurden.

Bei der Darstellung des Spermins sind solche Bedingungen auf das sorgfältigste zu vermeiden, bei denen Spaltungsproducte des Eiweisses in das Präparat mit aufgenommen werden können, da die Möglichkeit hierzu in Folge der wiederholten Behandlung mit Baryt nicht ausgeschlossen ist und die Eiweisskörper unter solchen Bedingungen bekanntlich ptomainartige Verbindungen bilden können. Dass aber

[1]) Siehe Pharm. Journ. f. Russland 1890, № 16, pag. 248.

[2]) Die Schmerzhaftigkeit wird durch ungenügende Reinheit des Präparates bedingt — offenbar führt die Beimischung von Spaltungsproducten der Eiweisskörper Schmerzempfindung bei Einspritzung des dieselben enthaltenden Spermins mit sich.



ein geringer Zusatz derartiger Spaltungsproducte des Eiweisses die Wirkung des Spermins wesentlich ändert, beweisen die Versuche, welche Prof. Tarchanow an Thieren mit dem anfänglich nicht vollkommen rein erhaltenen Spermin gemacht hat.

Ende vorigen Jahres bemerkte Prof. J. Tarchanow in seinen Vorlesungen: «Ueber die Lebensdauer» anlässlich der Brown-Séquard'schen Einspritzungen, dass diese Versuche von bedeutendem wissenschaftlichem Interesse seien, dass jedoch die unmittelbare Verwendung einer Emulsion aus Testikeln Bedenken erregen müsste, einerseits in Folge der nicht ausgeschlossenen Möglichkeit einer Sepsis, andererseits aber, da die Einführung in den Organismus einer ganzen Reihe von Substanzen, deren Wirkung gänzlich unbekannt sei, von schädlichen Folgen begleitet sein könnte. Angesichts der genannten Nachtheile, welche die Emulsion bietet, sah bereits Prof. Tarchanow die Nothwendigkeit einer Isolirung des eigentlichen Agens dieser Letzteren ein, sowie die Wichtigkeit einer Experimentaluntersuchung desselben an Thieren, bevor man sich entschliessen würde, es zu therapeutischen Zwecken zu verwenden.

Die Ueberzeugung des Herrn Prof. Tarchanow vollkommen theilend, stellte ich demselben das zuerst von mir gewonnene Spermin zur Verfügung — das Ergebniss meines ersten Versuches, das Agens der Brown-Séquard-schen Emulsion zu isoliren.

Ich erlaube mir eine Serie von Experimenten zu citiren, welche Prof. Tarchanow an Hunden ausgeführt hat; wenn diese Versuche auch von dem Experimentator für unvollendet und weiterer Bearbeitung bedürftig erklärt werden, bieten sie doch ein Interesse als die erste Experimentaluntersuchung über die physiologische Wirkung des Spermins.

Der erste Versuch wurde an einem 10—12 Jahre alten Hunde gemacht, welcher durchaus keinen Geschlechtstrieb zu einer in der Brunstzeit befindlichen Hündin bekundete. Dieser alte Hund erhielt im Verlaufe von drei Tagen drei subcutane Injection zu je 0,02 Gr. Spermin.

Am 4. Tage hatte der Hund mehrfachen Coitus mit der Hündin, welcher sich auch am folgenden Tage wiederholte; hierauf stellte sich die geschlechtliche Erregung ein. Nach zweiwöchentlichem Warten wurde demselben Hunde wiederum Spermin eingespritzt (3—4 Mal zu je 0,02 Gr.), ohne jedoch irgend welchen Effect hervorzurufen.

In Bezug auf den Circulationsapparat gelang es an einigen Thieren bei unmittelbarer Einführung des Spermins in's Blut Folgendes zu beobachten: die Herzthätigkeit wird sichtlich verlangsamt, dafür tritt jedoch eine bedeutende Erhöhung der Stärke der einzelnen Contractionen ein; diese letztere Erscheinung manifestirt sich durch starke Hebung der Pulswelle, deren Höhe die Norm um 5 und mehr Mal übertrifft. Diese Wirkung ist von verhältnissmässig kurzer Dauer — sie hält eine halbe Stunde an, worauf sie, wenn auch nicht gänzlich, schwindet. Der Blutdruck steigt intensiv unmittelbar nach der Einspritzung des Spermins in's Blut, fällt hierauf, hält sich jedoch noch lange Zeit über der Norm. Ein Sinken unter die Norm ist nicht beobachtet worden.

Diese Wirkung des Spermins auf Herz und Gefässe wird wohl am allerwahrscheinlichsten durch Erregung der Herzganglien und der vasomotorischen Nerven hervorgerufen; jedoch macht die Klarlegung dieser Erscheinung weitere Experimente nothwendig.

Auf die Reflexerscheinungen bei Fröschen hat das Spermin fast gar keinen Einfluss und wirkt auf dieselben eher deprimirend.

Es sind im Ganzen 7 Versuche zur Feststellung der Wirkung des Spermins auf Herz und Gefässe gemacht worden, von denen nur drei den obengenannten Effect hervorriefen. Prof. Tarchanow meint, der Grund hierin liege nicht an den Versuchsthieren, sondern am Präparate selbst: «die einen der Präparate sind sehr wirksam, andere wirken wahrscheinlich garnicht»..... «ich nehme an, dass das Sperminpräparat nicht immer ein und dasselbe ist».

Das in 4 Fällen von 7 von Prof. Tarchanow erhaltene negative Resultat, sowie die Abschwächung der Reflexe finden, wie ich schon früher zu bemerken Gelegenheit hatte, genügende Erklärung in dem Vorhandensein von Spaltungsproducten der Eiweisskörper, welche bei Bearbeitung mit Alkalien entstehen und ihrem chemischen Charakter, sowie der physiologischen Wirkung nach den Ptomainen analog sind. Deshalb bildet bei Untersuchungen über die Wirkung des Spermins die Reinheit des Präparates und das absolute Fehlen genannter Beimengungen unerlässliche Bedingung, conditio sine qua non.

Zum Zwecke fernerer Untersuchungen, umsomehr aber zu therapeutischen Zwecken, ist von mir ein Präparat dargestellt worden, unter Einhaltung solcher Bedingungen, bei welchen die Möglichkeit der Entstehung von Spaltungsproducten der Eiweisskörper ausgeschlossen ist.

Die zweckmässigste Form des Spermins zu therapeutischem Gebrauch ist eine 1% und 2% sterilisirte Lösung in zugeschmolzenen Glasröhren, sogenannten Ampullen, welche von mir für sterilisirte subcutane Injectionen in Vorschlag gebracht sind und eine Pravaz'sche Spritze voll der Lösung enthalten. (Rp. Solutionis sterilisatae spermini hydrochlorici 1% resp. 2% in ampullis).

Es wird das Röhrchen der Ampulle an der Feilstelle abgebrochen, und die Lösung eingezogen; die Spritze muss zuvor mit concentrirtem Spiritus ausgewaschen sein.

Leib-Arzt Dr. Th. Roschtschinin spricht sich hierüber folgendermaassen aus:

„In der Sitzung der St. Petersburger ärztlichen Gesellschaft vom 27. März d. J. verlas ich eine Mittheilung: «zur Sperminfrage». Mein Referat behandelte nur die Versuche, welche ich mit dem Einspritzen der Brown-Séquard'schen Emulsion gemacht hatte. Seitdem ist im Laboratorium von Prof. Poehl salzsaures Spermin hergestellt worden, welches als das eigentliche Agens der Brown-Séquard'schen Emulsion betrachtet wird. Alle meine von nun an folgenden, in Nachstehendem beschriebenen Versuche wurden mit dem von Prof. Poehl dargestellten Spermin gemacht, welches ich — zum Unterschiede von dem in Amerika gewonnenen Spermin — Spermin. hydrochlor. Poehli genannt habe. So weit mir bekannt, ist dieses für die Therapie sehr werthvolle Präparat, welchem eine wichtige Stellung in dem ausgedehnten und so mannigfaltigen Arsenale unserer pharmaceutischen Mittel beschieden ist, in Russland zuerst von Prof. Poehl dargestellt worden. Meines Wissens bezweifeln viele Gelehrte des Auslandes die Möglichkeit seiner Gewinnung und, wenn ich nicht irre, sogar seine Existenz. Jedoch nach zahlreichen, mit Spermin. hydrochlor. Poehli gemachten Versuchen gelangte ich zu der Ueberzeugung, dass die Wirkung desselben auf den Organismus der Wirkung der Brown-Séquard'schen Emulsion entspricht. Ausserdem besitzt Spermin den Vorzug, dass es nach der Einführung unter die Haut weder Schmerzempfindung hinterlässt, noch die bei Einspritzung der Brown-Séquard'schen Emulsion beständig beabachteten localen Reizerscheinungen hervorruft. Zudem besass nicht jede Emulsion stimulirende Wirkung, was wahrscheinlich von dem Zustande der Genitalsphäre des Thieres abhing, dessen Testikel als Material zur Herstellung der resp. Emulsion gedient hatten; das *Spermin hingegen, dessen Procentgehalt immer genau bestimmt ist, ergab beständig ein und dasselbe Resultat.*"

„Auf welchem Wege das Spermin auf den Organismus wirkt, ist noch unbekannt; es unterliegt jedoch keinem Zweifel, dass dasselbe stimulirende und zwar sehr lange andauernde Wirkung besitzt. Ich bin der Ansicht, dass



„in allen den Fällen, wo der Spermingehalt im Organis-„mus in Folge hohen Alters oder eines krankhaften Pro-„cesses fällt, zugleich eine Herabsetzung der Energie „eintritt und somit diese Letztere mit dem Vorhandensein „von Spermin eng verknüpft ist. Das subcutan einge-„führte Quantum Spermin hebt durch Einwirkung auf „das Nervensystem die gefallene Energie und giebt hier-„durch Anregung zu einer erhöhten Sperminproduction von „Seiten des Organismus selbst. Auf diese Weise erklärte „ich mir die lange Dauer der Wirkung, worin mich meine „während 8 Monaten an mir selbst gemachten Beobach-„tungen über die therapeutische Wirkung von 12 Injec-„tionen bestärken."

„Die sphygmographische Untersuchung der Blutwelle „ergab einen bedeutenden Höhenzuwachs derselben nach „der Einspritzung von Spermin, welcher Umstand uns zu „der Behauptung berechtigt, dass dieses Präparat die „Herzthätigkeit steigert; ausserdem übt es eine heilsame „Wirkung auf die Thätigkeit des Gehirns aus, indem es den „Schlaf verbessert und die allgemeine Ernährung des Or-„ganismus hebt."

„Die Function der Genitalsphäre wird, nach den Aus-„sagen der Patienten, bedeutend erhöht — ich habe die-„ser Eigenschaft des Spermins, offen gestanden, die ge-„ringste Bedeutung beigelegt, da dieselbe dem physiolo-„gischen Gesetze zu Folge nur eine der zahlreichen Er-„scheinungen ist, durch welche sich die Erhöhung der „Lebenskraft des Organismus bekundet."

„In Nachstehendem resümire ich kurz meine Beobach-„tungen über die therapeutische Wirkung des Prof. „Poehl'schen Spermins, welches in folgender Dosis an-„gewandt wurde: ich injicirte den Inhalt von 1 Ampulle „(1 Pravaz'sche Spritze voll 1% oder 2% sterilisirter „wässriger Lösung von salzsaurem Spermin)."

1.

„D. L., 53 Jahre alt. Asthma, durch einen organischen Herz-„fehler bedingt. Verlust der Compensation und Oedem. Nach „10 Sperminininjectionen — Schwinden der stenocardischen Er-„scheinungen, die Herzthätigkeit compensirt. Patient ersteigt „rasch Treppen ohne Dyspnoe; das Allgemeinbefinden sehr „gut. Für die Sommermonate Reise auf's Land."

2.

„Dr. Jak. führte mir seinen Patienten, den etwa 70 Jahre „alten Fabrikanten M. zu, mit Symptomen von Paralysis n. fa-„cialis dext., Lähmung beider Extremitäten derselben Seite und „Aphasie. Nach dem Verlaufe der Krankheit konnte die Dia-„gnose mit grosser Wahrscheinlichkeit auf Thrombose der Art. „fossae Sylvii gestellt werden. Nach zwei Einspritzungen 2% „salzsauren Spermins war ich in der Lage eine rasche Besse-„rung zu constatiren."

3.

„G. A., 60 Jahre alt. Anfälle von Angina pectoris in Folge „geschwächter Herzthätigkeit. Die Schmerzen sind beseitigt."

4.

„Herr Jan., 65 Jahre alt. Diabetes mellitus (4,7% Zucker). „Klagt über Somnolenz und Schwäche, welche das Gehen un-„möglich macht. Allgemeiner Kräfteverfall. Nach 10 Sper-„mineinspritzungen Abnahme des ausgeschiedenen Zuckerquan-„tums (bis zu 2%), Kräftigung und bedeutende Verbesserung „des Gemüthszustandes."

5.

„Herr B. Nephritis chronica. Nach mehreren Injectionen „trat eine bedeutende Verschlimmerung ein — die Erhöhung „des Blutdruckes in den Gefässen wirkt schädlich auf Nieren-„kranke. Desswegen halte ich Nephritis für eine Contraindi-„cation zur Anwendung von Spermin."

6.

„Dr. N., 71 Jahre alt. Klagen über beständige Kreuzschmer-„zen, Schwäche und Oedem der Füsse in Folge von Verfettung „und ungenügender Thätigkeit des Herzens. Nach Einführung „von Spermin schwanden die Oedeme, das Allgemeinbefinden „besserte sich zusehends."

7.

„In einem Falle von Agonie bei bilateraler croupöser Lun-„genentzündung (84-jähr. Frau, 4. Tag der Krankheit) machte „ich im Beisein der Aerzte B. und D. eine Injection von 2% „Sperminlösung. Der fadenförmige, fast entschwundene Puls „stellte sich wieder ein, die Sterbende kehrte zum Bewusstsein „zurück und verblieb in diesem Zustande noch 48 Stunden. Der „Lauf der Krankheit konnte nicht mehr aufgehalten werden, es „erfolgte letaler Ausgang, wobei die Agonie jedoch nicht den in „solchen Fällen gewöhnlichen qualvollen Charakter trug."

„Fernere Versuche und Beobachtungen in dieser Rich-„tung sind im Gange und halte ich es in Anbetracht der „relativ kurzen Beobachtungsfrist, sowie der geringen „Zahl von Injectionen nicht für möglich, eine definitive „Entscheidung in dieser vom theoretischen Standpuncte „aus ebenso interessanten, als praktisch wichtigen Frage „zu fällen. Ich muss gestehen, dass mein erstes, in einer „Zeit des allgemeinen Misstrauens von Seiten der Aerzte „und des Publicums vorgetragenes Referat über das „Spermin einen gewissen Grad von persönlichem Muthe „erforderte. Jetzt haben sich die Umstände geändert: „Viele arbeiten an diesem Mittel sowohl bei uns in Russ-„land, als auch im Auslande — wir dürfen uns der Hoff-„nung hingeben, dass es mit gemeinsamen Kräften ge-„lingen wird, durch Lösung dieser Frage unsere Wissen-„schaft mit neuen Erfahrungen zu bereichern und der lei-„denden Menschheit Nutzen zu bringen."

Nach Ansicht von Dr. Roschtschinin trägt ein geringer Zusatz von Kochsalz zu der Injectionsflüssigkeit dazu bei, die zuweilen beobachtete Schmerzhaftigkeit zu verringern, desgleichen macht er darauf aufmerksam, dass ein Vorwärmen der Ampulle resp. der zu injicirenden Flüssigkeit die Wirkung der Einspritzung des Spermins beschleunigt. Auf Grund dieser Beobachtungen wurde darauf zu der zu subcutanen Injectionen bestimmten Sperminlösung eine geringe Menge Kochsalz zugesetzt.

Die Doctoren Shicharew und Hübbenet im St. Petersburger Kalinkin-Hospital berichten Folgendes über die Wirkung der Solutio sterilisata Spermini hydrochlorici Poehli 2%:

I.

Kleinbürgerin A. G—owa, 29 Jahre alt; am 1. Juli 1890 mit Diagnose Lues gummosa in das Hospital aufgenommen; giebt als Dauer der Krankheit 13 Jahre an, gebrauchte im J. 1883 Frictionen von Ung. hydrarg.

Status präsens: Pat. ist blutarm, schwach, Nutrition ungenügend, Diarrhoe. Auf der Stirn drei Ulcera mit fettigem Boden, von der Grösse eines 10-Kopekenstückes; zwei derselben setzen sich in den Knochen fort, welcher sich beim Sondiren als uneben erweist. Am unteren Drittel des Radius — Periostitis gummosa, äusserst schmerzhaft beim Betasten und bei Bewegungen der Hand. Specifische Entzündung des rechten Kniegelenkes: die das Knie umgebenden Weichtheile sind infiltrirt, das ganze Gelenk hat eine spindelförmige Gestalt. An der Crista tibiae — Periostitis, die Dorsalfläche des Fusses ödematös geschwellt. Die Extremität ödematös, vorzüglich am Kniegelenk und der ganzen unteren Hälfte.

Die passiven und activen Bewegungen des rechten Beines sind im Kniegelenke sehr beschränkt, die willkürliche Flexion nicht über 15°. Bei Bewegungen ein knirschendes Geräusch, sowie Schmerz im Gelenk. Schleift die Beine beim Gehen, schreitet langsam, sich an den aussen befindlichen Gegenständen haltend. An der Crista tibiae des linken Beines gleichfalls Erscheinungen von Periostitis. Bewegungen der rechten Hand äusserst schmerzhaft und ist dieselbe so schwach, dass Pat. beim Zuführen der Speise u. s. w. die Linke gebrauchen muss.

2. Juli. Mittelst des Collin'schen Dynamometers bestimmt, in der Rechten — 28 Kilogr., in der Linken — 38 Kilogr. Puls — 106 in d. M., schwach; Blutdruck in der Radialis, mittelst des Quecksilbersphygmomanometers von Basch bestimmt, — 132 Mm.[*]) 1 Ccm. 2% Sperminlösung in die rechte Schulter injicirt.

3. Juli. Pat. fühlt sich besser und kräftiger. Kraft der rechten Hand — 32 Kilo, der linken Hand — 38 Kilo. Puls — 96 in d. M., voller. Blutdruck in der Radialis — 146 Mm.

4. Juli. Bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens sowie des Aussehens der Kranken. Digestion regulär. Kraft der rechten Hand — 40 Kilo, der linken Hand — 38 Kilo. Blutdruck in der Radialis — 185 Mm.

Pat. hat den Gebrauch der rechten Hand wieder gewonnen, die Schmerzen in derselben haben zusehends nachgelassen. Subcutane Injection in den rechten Oberschenkel.

5. Juli. Allgemeinbefinden fortschreitend besser. Kraft der rechten Hand — 38 Kilo, der linken Hand — 32 Kilo. Blutdruck in der Radialis — 182 Mm.

6. Juli. Schwellung und Oedem des Kniegelenkes bedeutend verringert, Beweglichkeit erhöht. Kraft der rechten Hand —

[*]) Die in Folgendem angeführten Ziffern über die Kraft der Hände sowie den Blutdruck sind mit Hilfe derselben Apparate bestimmt.



40 Kilo, der linken Hand — 38 Kilo. Puls — 92 in d. M. Blutdruck in der Radialis — 190 Mm.

7. Juli. Der Fuss gekräftigt; Beweglichkeit im Kniegelenk fast gänzlich wieder hergestellt, Oedem vermindert, schleift den Fuss beim Gehen nicht. Kraft der rechten Hand — 40 Kilo, der linken Hand — 38 Kilo. Puls — 92 in d. M. Blutdruck in der Radialis — 180 Mm.

8. Juli. Kraft der rechten Hand — 44 Kilo, der linken Hand — 42 Kilo. Puls — 90 in d. M. Blutdruck in der Radialis — 178 Mm. Beweglichkeit des rechten Fusses vollständig restituirt.

9. Juli. Kraft der rechten Hand — 40 Kilo, der linken Hand — 40 Kilo. Puls — 86 in d. M. Injection unter die Haut des Oberschenkels.

10. Juli. Kraft der rechten Hand — 39 Kilo, der linken Hand — 38 Kilo. Blutdruck in der Radialis — 178 Mm.

Somit können wir aus dem vorliegenden Falle folgende Schlüsse ziehen: Nach zwei Injectionen[1]) bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens; der Puls wurde weniger frequent und voller, der Blutdruck ist bedeutend gestiegen; die Digestion ist regulirt. Die Muskelkraft hat zugenommen, und Pat. hat den Gebrauch der rechten Hand wieder gewonnen. Von nicht geringerer Bedeutung ist die Restitution der Bewegung und Flexion des rechten Fusses.

II.

Marie W—wa, 24 Jahre alt, Lues cerebri. 24. Mai 1890 in die Klinik aufgenommen. Hemiplegia dextra, weicht keiner specifischen Therapie. Beeinträchtigung der Sprache, welche schwer zu verstehen ist.

2. Juli. Kraft der linken Hand — 42 Kilo, der rechten — 38,2. Puls — 106 in der Min. Bereits nach *einer* Injection erreichte die Stärke der linken Hand 50 Kilo, der Puls wurde voller = 80—90 Schläge in der Minute. Die Temperatur ist auf 37,2 gefallen.

Auftreten von leichten Schmerzen in den paralytischen Extremitäten. Am 9. Juli die zweite Einspritzung.

10. Juli. Kraft der linken Hand — 54; Puls — 80, voll.

Geringe active Beweglichkeit des rechten Beines (Abduction, Adduction und Flexion).

III.

Nadeshda J—wa, 60 Jahre alt, Bäuerin. Psoriasis vulgaris des linken Unterschenkels; rheumatische Schmerzen in Händen und Füssen, besonders in der rechten Hand und in der Lumbalgegend; die rechte Hand schwächer, als die linke (in Folge von Rheumatismus), Kraft der rechten Hand schwankte vom 21. bis 26. Juni zwischen 22 und 28 Kgr.; die der linken — 28—32. Puls 88, voll. Nach 2 Injectionen in die Hand, deren eine am 26. Juni, die zweite am 28. Juni gemacht wurde, hob sich die Kraft der rechten Hand bis zu 39 Kgr., die der linken — bis zu 48—50 Kgr. Am 26. Juni erklärte Patientin, dass der Schmerz in der Hand nachgelassen habe, in der Lumbalgegend bedeutend schwächer sei. Die Patientin war überhaupt bedeutend rüstiger.

IV.

Tatjana Le—us, 66 Jahre alt, trat ein im Mai 1890. Diagnose: Pithyriasis. Allgemeiner Kräfteverfall. Bei Untersuchung vor den Einspritzungen am 21. bis 28. Juni schwankte die Kraft der rechten Hand zwischen 40—47 Kgr., die der linken von 39 bis 42 Kgr. Nach 2 Injectionen, am 26. und 28. Juni, hob sich die Kraft der rechten Hand bis zu 48—50 Kgr., die der linken — bis 48 Kgr. Ausserdem wurde die Patientin sichtlich lebhafter und rüstiger.

Alle Injectionen waren fast schmerzlos und verliefen ohne jegliche locale irritative Erscheinungen.

Dr. W. Stange wandte das von mir dargestellte Spermin in Form von 2% subcutanen Injectionen in 1 Falle von Delirium tremens an, wobei es ihm gelang, die Dauer der Krankheit beträchtlich abzukürzen und den Gebrauch einer Menge Narcotica zu vermeiden, welche der Pat. bei seinen früheren, öfter von demselben Arzte behandelten Anfällen nicht entbehren konnte. In einem anderen Falle wandte Dr. W. Stange Spermin in gleicher Form bei einer völlig entkräfteten Schwindsüchtigen an, bei welcher sich in kurzer Zeit Kräfte und Appetit wieder einstellten. In diesem Falle bietet das Auftreten der Menstruation, welche bis zu der Zeit schon lange ausgeblieben war, ein besonderes Interesse.

Dr. P. Prochorow versuchte das Spermin an einem mit atonischen Geschwüren behafteten Manne und erzielte hierbei ein ausgezeichnetes Resultat. Nach 2 Einspritzungen heilten die Geschwüre bei entsprechender localer Behandlung im Verlaufe von 3 Wochen, obwohl Patient vorher 2½ Monate erfolglos im Krankenhause behandelt worden war.

Es bleibt uns noch übrig zu untersuchen, in welchem Verhältnisse das Spermin zum Organismus und zum Stoffwechsel steht, ob es seinen Eigenschaften nach als Ptomain oder Leucomain angesehen werden kann. Obwohl das Spermin unter Anderem zugleich mit anderen Substanzen in faulenden Organen (Böttcher) und in Culturen des Cholerabacillus (Kunz) entdeckt worden ist, kann man es doch in Anbetracht dessen, dass es einen normalen Bestandtheil des Sperma, sowie des Organismus im Allgemeinen bildet, nicht als ein Ptomain betrachten. Ebenso wenig kann man es für ein Leucomain erklären, da ihm die wichtigste Eigenschaft dieser letzteren abgeht, nämlich die Fähigkeit, durch seine Gegenwart und seine Anhäufung im Organismus Erscheinungen einer Selbstvergiftung (Autointoxicatio) hervorzurufen, mit anderen Worten: es liegt keine Nothwendigkeit einer Ausscheidung des Spermins zur Erhaltung des normalen Zustandes des Organismus vor.

Jedenfalls bietet der Vorschlag, das Spermin als Heilmittel zu gebrauchen, ein besonderes Interesse namentlich deswegen, weil in diesem Falle eine vom thierischen Organismus im normalen Zustande producirte organische Base als Medicament in Vorschlag gebracht wird.

Nach einem derartigen Vorschlag steht es nun zu erwarten, dass auch in krankhaftem Zustande des Organismus entstehende organische Basen zu medicinischen Zwecken in Vorschlag gebracht würden, und dass sicherlich unter diesen Körpern ein die Temperatur erhöhendes Mittel, welches die jetzige Therapie sehr vermisst, gefunden werden könnte.

Es scheint mir geboten, den von mir schon früher ausgesprochenen Gedanken zu wiederholen, dass es von weittragender Bedeutung wäre, die physiologische Wirkung der künstlich dargestellten organischen Basen der Fettreihe zu bestimmen, indem hierdurch nicht nur die Wirkung der Ptomaine erklärt, sondern zugleich auch für die Therapie unzweifelhaft werthvolle Mittel gefunden werden würden.

Was das Spermin anbetrifft, so stelle ich mir die stimulirende Wirkung desselben auf folgenden Umständen basirend vor: seitdem die sog. Autointoxications-Erscheinungen in der Medicin das Bürgerrecht erhalten haben, wissen wir, dass im Organismus unter gewissen anormalen Bedingungen chemische Verbindungen, die Ptomaine oder Leucomaine, entstehen, deren verhinderte oder vollständig aufgehobene Ausscheidung aus dem Organismus Erscheinungen einer Selbstvergiftung hervorruft; warum sollte man nicht der Vermuthung Raum geben, dass im normalen Organismus, neben anderen für denselben nöthigen Substanzen, Verbindungen wie Spermin producirt werden, welche einen mehr oder weniger bedeutenden Kräftezuwachs, d. h. Erscheinungen einer *Autostimulation* hervorrufen.

Das Aethylenimin bildet das niedrigste Glied der Iminreihe, und es ist bemerkenswerth, dass gerade ihm eine in biologischer Hinsicht so wichtige physiologische Wirkung eigen ist.

Indol, (C_8H_7N): CH, HC, C, CH, HC, C, CH, CH, CH, NH

Skatol, (C_9H_9N): CH, CH, C, CH, CH, C, CH, CH, CH, NH

Andere Imine, wie Indol und Skatol bilden sich im Darmkanal unter Mitwirkung von Bacterien, insbesondere der Bienstock'schen Trommelschlägelbacterien. Beide Imine gehen in Form von gepaarten Schwefelsäuren des Indoxyls und des Skatoxyls in den Harn über.

Unter den dem Thierreiche entstammenden Producten wird seit Alters her als Stimulans Bibergeil (Castoreum), sowie Moschus gebraucht. Obwohl das Bibergeil wie der

[1]) Unter Abstrahirung von jeder specifischen Therapie, was im Interesse möglichster Reinheit des Versuches und bei völliger Unbekanntschaft der Pat. mit Zweck und Wesen der Injectionen geschah. Das Gleiche hat auch auf die in Folgendem angeführten Fälle Bezug.



chus nicht das Product der das Sperma hervorbringen- Drüsen bilden, sondern ihr Entstehungsort vielmehr den italien beigelegte Nebendrüsen sind, hat doch die phy- ogische Wirkung dieser Secrete Vieles mit der des Sper- s gemein, weshalb ich auch eine Untersuchung des Bi- geils ausführte. Die Untersuchung wurde genau nach von mir zur Herstellung von Spermin aus Testikeln an- ebenen Methode geführt, wobei eine organische Base den Eigenschaften des Spermins gewonnen wurde.

Schon seit lange ist darauf hingewiesen worden, dass r Werth des Bibergeils als Heilmittel in der Brunstzeit s Thieres am höchsten sei, und der berühmte Pharma- gnost Winkler weist darauf hin, dass man in Amerika sschliesslich der Felle halber Biber fängt, was in der Pe- ode des Verfalles der Geschlechtsthätigkeit geschieht. s in der Zeit der energischesten Geschlechtsthätigkeit ge- mmelte Bibergeil bewirkt einen weit höheren Heileffect Pharmaceutische Waarenkunde, Leipzig 1850, III, p. 2).

Bereits Wöhler bezeichnete flüchtige Ammoniakbasen ls den wirksamen Bestandtheil par excellence im Moschus owie im Castoreum. Klunge fand im Bibergeil einen lkaloidartigen Körper. Diese Arbeit führte Reuter veiter (Pharm. Centralhalle 1889, pag. 305) und isolirte inen Körper, welcher mit den allgemeinen Alkaloidrea- gentien Niederschläge gab und beim Erwärmen mit Natrium Pyridingeruch entwickelte; andererseits unterschied sich liese Verbindung vom Spermin durch Reactionen, wie z. B. lie Fähigkeit, mit kohlensauren Alkalien einen Niederschlag zu geben und die Fehling'sche Lösung zu reduciren.

Prof. W. Tichomirow spricht in seinem ausgezeich- neten Lehrbuche der Pharmakognosie die Vermuthung aus, lass das von Reuter gewonnene Präparat kein einheit- licher chemischer Körper, vielmehr ein Gemisch eines Pto- maines mit einem Glykosid darstelle — meiner Meinung nach hatte Reuter Spermin, wenn auch nicht chemisch rein, vor sich. — In Bezug auf den Moschus, der in seiner Wirkung so sehr an Spermin erinnert, ist eine ent- sprechende Untersuchung von mir in Aussicht genommen.

Zur Förderung der weiteren Bearbeitung der Spermin- frage gehe ich mit der Absicht um, mein Augenmerk auf eine vergleichende Untersuchung des auf synthetischem Wege hergestellten Aethylenimins mit dem aus dem thie- rischen Organismus isolirten Spermin zu richten. Des- gleichen beabsichtige ich die höheren Homologe der Imin- reihe, welche das Aethylenimin im Spermin begleiten, näher zu untersuchen.

St. Petersburg, den 14. Juli 1890.

Referate.

Prof. Oswald Vierordt: Ueber die Peritonealtuber- culose, besonders über die Frage ihrer Behandlung. (Deut. Arch. f. klin. Med. Bd. 46, Heft 3 u. 4.)

Die Pathologie und Therapie der Bauchfelltuberculose hat in neuerer Zeit eingehende Studien der Kliniker und Aerzte wach- gerufen. Die Fragen nach der Häufigkeit der Krankheit, ihrer Diagnose, Prognose und namentlich die Fragen nach den Leistun- gen der internen Medication, sowie der chirurgischen Eingriffe stehen heute auf der Tagesordnung. Verf. hat nun diese Fragen einer eingehenden Prüfung unterzogen. Er bekennt von vorn- herein, dass es recht schwer fällt eine Uebereinstimmung zwi- schen den internen Klinikern und Chirurgen zu gewinnen, weil sie ein verschiedenartiges Material zur Behandlung bekommen. Der Operateur bekommt Fälle in die Hand, die oft bis zum chirurgischen Eingriff nicht als Peritonealtuberculose gelten, son- dern als Tumoren, besonders der Ovarien; der Internist sieht ge- wöhnlich diejenigen Formen, welche einen mehr oder wenigen freien Ascites darstellen. Was die Häufigkeit der in Rede ste- henden Erkrankung anlangt, so ist dieselbe schwer zu beurthei- len, da ja die Diagnose sehr häufig auf Schwierigkeiten stösst. Verfasser ist der Meinung, dass die grösste Zahl derjenigen Peri- tonitiden, deren specielle Diagnose Schwierigkeiten bereitet, die also weder auf ein Trauma, noch auf maligne Neubildungen zu- rückzubeziehen sind, als tuberculös gelten müssen. Das Krank- heitsbild ist ein äusserst variables. Verfasser stellt zwei Haupt- gruppen auf: Fälle mit einem deutlich nachweisbaren, bald frei beweglichen, bald unbeweglichen flüssigen Erguss und Fälle, wo ein solcher vollkommen fehlt; diese stellen sich dar als umschrie- bene rundliche Tumoren, oder als Schwielenbildungen — hier ist meist nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu stellen. Ein nicht ohne Bedeutung erscheinendes Symptom ist der rasch sich ent- wickelnde Marasmus, dessen Zustandekommen von verschiedenen Ursachen bedingt wird, — so die mechanische Einwirkung eines grossen Ergusses auf die Circulation der Unterleibsorgane und auf die Athmung, Abknickung des Darms durch Schwielen etc. — vielleicht spielt aber auch eine Autointoxication in Folge der oft eintretenden Stauung des Darminhalts mit. Das Verhalten der Temperatur ist ein zu wechselvolles, als dass es zur Diagnose verwerthbar wäre. Verfasser macht dann auf die bei der tuber- culösen Peritonitis häufig eintretenden Remissionen aufmerksam, die zuweilen lange andauern können. Freilich kommen auch dauernde Spontanheilungen vor: sie sind aber sehr selten, und wenn eine solche eintritt, so ist es doch immer zweifelhaft, ob factisch die Peritonitis eine tuberculöse gewesen ist.

Was die interne Therapie anlangt, so ist die diätetische Be- handlung von grosser Wichtigkeit, daneben Priessnitz'sche Umschläge, warme Fomentationen und endlich die Anwendung des Unguentum cinereum oder der grünen Seife. Ersteres ist in neuerer Zeit besonders von H. Vierordt empfohlen, während der Schmierseife Pribram das Wort redet. Unter dieser Be- handlung sieht man zuweilen unter Ansteigen der Diurese den Erguss schwinden, das Fieber nachlassen, den Appetit sich heben. In der Majorität der Fälle bleibt aber ein Nachlass aus und nun ist der Moment gekommen, wo man sich die Fragen vorlegen muss: was weiter thun? soll man einen chirurgischen Eingriff wa- gen und was hat man sich von solch' einem zu versprechen? Auf alle diese Fragen bemüht sich Verfasser klare Antwort zu geben. Vor allem muss der Allgemeinzustand berücksichtigt werden, etwa bestehende Tuberculose anderer Organe, namentlich Darm- oder Genitaltuberculose vereiteln häufig die günstige Wirkung der Operation. Dass die einfache Punction keinen Nutzen schafft, gilt wohl als ausgemacht; es käme also nur die Laparo- tomie in Frage, und zwar: entweder mit nachfolgender Abtragung tuberculöser Organtheile, Darmresection, Entfernung von Theilen des weiblichen Genitaltractus, oder aber nur die einfache Incision mit Ablassen des Ascites. Dieser Eingriff ist es, welcher gar oft von erstaunlich gutem Erfolg gekrönt wird und in Fällen, wo man oft an der Genesung des Kranken verzweifelt hatte, brachte die Incision Heilung oder wenigstens Besserung des Allgemeinzustan- des herbei. Verfasser ermahnt, ja nicht die Incision, weil sie in einigen Fällen keinen Nutzen gebracht hat, ad acta zu legen, sondern ihre Wirkung einer weiteren Prüfung zu unterziehen. Die Beurtheilung des Erfolges der Darmresection oder anderer heroischer Eingriffe überlässt Verfasser den Chirurgen.

Abelmann.

Landerer (Leipzig): Behandlung der Tuberculose mit Perubalsam. (D. med. W., № 14—15).

Landerer hat sein Verfahren der Behandlung mit Perubal- sam weiter ausgebildet, er bedient sich jetzt der ätherischen Lö- sung (1 : 1) zum Ausspritzen von Fistelgängen und einer Emulsion mit Eidotter für die Injectionen in den Krankheitsherd. Mit Ei- dotter kann man Emulsionen im Verhältniss von 1 : 1 herstellen, es wurden Concentrationen bis 1 : 10 mit physiologischer Kochsalz- lösung benutzt. Wenn die Reaction nach der ersten Einspritzung vergangen ist — nach 2—3 Tagen — folgt die nächste. Seine Resultate fasst er dahin zusammen, dass man mit Hilfe die- ser Injectionen bei Behandlung der fungösen Processe oft die grossen verletzenden Operationen vermeiden kann, mit Aus- kratzen, Sequester-Extractionen, atypischen Resectionen, Arthro- tomien auskommen kann. Nachbehandlung mit Perubalsam giebt auch Schutz gegen Recidive.

Ferner berichtet er über eine Reihe interessanter Versuche mit intravenöser Einspritzung, zuvörderst über Thierexperimente. Bei Kaninchen, welche mit Reinculturen von Tuberkelbacillen intravenös inficirt wurden — das nicht behandelte Controlthier ging schon nach 23 Tagen ein, und zeigte bei der Section hoch- gradigste schwerste Tuberculose der Lungen — konnte bei nach 68 Tagen getödteten behandelten Thieren Schwund der Bacillen, Schrumpfung und Verkalkung der käsigen Massen und vicarii- rendes Emphysem constatirt werden, also ein Vorgang unzwei- deutiger Heilung. Den Vorgang denkt Landerer sich so, dass die Emulsionströpfchen — dieselben sind so klein, dass der Fläche nach 10—15 auf ein rothes Blutkörperchen gehen — sich an den erkrankten Stellen, wo veränderte Circulation besteht, ansammeln und eine aseptische Entzündung anregen.

Endlich hat Landerer noch 8 Fälle menschlicher Phthise mit diesen Injectionen behandelt, jeden 2. Tag dieselben machend, und es lässt sich nicht leugnen, dass die mitgetheilten Resultate sehr beachtenswerther Natur zu sein scheinen. Die Fälle sind zum Theil nicht abgeschlossen, jedenfalls ist die Behandlung eine sehr langwierige. Zwei Fälle von Blasentuberculose verliefen unter localer Behandlung mit 2% Perubalsamemulsion günstig, der eine ist seit 3 Jahren geheilt.

Weitere Nachprüfungen und Erfahrungen sind dringend er- wünscht.

Max Schmidt.



Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. L. Kleinwächter: Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. 2. gänzlich umgearbeitete Auflage. Wien und Leipzig 1890. Verlag von Urban & Schwarzenberg.

Nach kurzen historischen Angaben über künstlichen Abort und Frühgeburt geht Verf. zur Aufzählung der Indicationen für diesen operativen Eingriff über. Der Reihenfolge nach werden räumliche Missverhältnisse zwischen Beckenkanal und ausgetragener Frucht, Krankheiten der Mutter und pathologisches Verhalten der Frucht einer Besprechung unterzogen und die Momente hervorgehoben, in welchen eine künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft angezeigt ist. Eine Schilderung der verschiedenen Operationsmethoden und Angaben über künstliche Maassregeln als Ersatz der künstlichen Frühgeburt bilden den Schluss der Abhandlung, welche sich durch streng sachliche Behandlung des Stoffes und kurze, jedoch erschöpfende Darstellung in vortheilhafter Weise auszeichnet. Dobbert.

Leopold Casper: Impotentia et Sterilitas virilis. München 1890. Finsterlin. 8°. Mit 3 Tafeln. IV. 168 S.

Das vorliegende Werk ist eine Erweiterung des im vorigen Jahre von der deutschen Medicinalzeitung gebrachten Aufsatzes des Verf. über die männliche Impotenz, welchem ein zweiter Abschnitt über männliche Sterilität hinzugefügt ist. Im 1. Abschnitte über Impotentia virilis sind in 6 Capiteln successive abgehandelt: 1) Die Anatomie und Physiologie des Tractus sexualis, 2) Impotentia e defectu seu deformatione, 3) Impotentia psychica, 4) Impotentia nervosa irritativa, 5) Impotentia paralytica, 6) Therapie der Impotentia coëundi. Jede einzelne Art der Impotenz ist unter Berücksichtigung ihrer Physiologie und Pathologie klar und übersichtlich dargestellt. Der 2. Abschnitt ist aber, wie es Ref. scheint, der wichtigere und zerfällt in folgende Capitel: 1) Der normale Same, 2) der kranke Same, Pathospermie, 3) Sterilitas e defectu seu deformatione, 4) Aspermatismus mit den Unterarten: a) A. e viarum insufficientia, b) A. atonicus, c) A. anästheticus, d) A. psychicus, 5) Azoospermia nebst Therapie derselben. — Verf. führt aus seiner reichen Beobachtung eine Reihe von Fällen auf, in welchen auf richtig, mit dem Mikroskop gestellte Diagnosen hin vollständige Heilung erfolgte und stellt dieses einen besonderen Werth des im Ganzen etwas trocken geschriebenen Buches dar, welches wir hiermit warm empfehlen können. Dr. Steinbach vermisst in seiner sehr anerkennenden Besprechung dieses Werkes (Internat. klin. Rundschau № 23) die Erwähnung der Möglichkeit einer bacillären Infection der Spermatoblasten während der Pubertätsentwickelung, wodurch die Erzeugungsfähigkeit von Spermatozoën lebenslänglich geschädigt werden kann, in den Graaf'schen Follikeln seien ja schon Typhus- und Cholerabacillen nachgewiesen worden und wäre es deshalb leicht möglich, dass die in letzter Zeit sich häufenden Fälle von Azoospermie eine breitere ätiologische Grundlage haben könnten, als es bis jetzt mit Sicherheit nachgewiesen werden kann. Hinze.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 21. März 1890.

1) Dr. Hampeln stellt einen Mann mit Lebercirrhose vor. Ausgang in relative Genesung. Pat. trat in's Krankenhaus mit bedeutendem Ascites. Keine Punction. Schwinden des Ascites beim Gebrauch von Kali acetic., später Jodkali und strenger Milchdiät. Jetzt guter Kräftezustand, kleine Leber, grosse Milz. Vor einiger Zeit im Krankenhause Malaria überstanden; Pat. ist kein Potator gewesen. — Leibesumfang bei der Aufnahme 105, jetzt 86. Körpergewicht anfangs 189, dann 182, 175, 172, 170, 175. Die Ascitesflüssigkeit ist auf 15 ℔ zu schätzen. — Vortr. ergeht sich über die Wichtigkeit der absolut reizlosen Nahrung bei derartigen Krankheitsformen. Pat. erhielt pro die Milch 2500, Brod 150, Reis 100, worin enthalten Albumin 100, Fett 80, Kohlehydrate 280, was 2450 Kalorien entspricht. Anfangs recht schwere Gewöhnung an die reizlose Kost, hernach befinden sich die Kranken am wohlsten bei derselben.

2) Dr. Hampeln: „Ueber Leberkrankheiten". Vortr. unterzieht nur die primären und eigentlichen Lebererkrankungen einer Betrachtung. Wie relativ selten dieselben bei uns sind, beweist folgende Zusammenstellung. In den letzten 5 Jahren sind im allgem. Krankenhause etwa 1000 Erkrankungsfälle der Lungen, 500 des Herzens, 400 der Nieren, 1000 des Magens und Darmes und nur 53 Mal Lebererkrankungen registrirt worden, von welch' letzterer Zahl noch die meist secundären Lebercarcinome abzuziehen sind, so dass schliesslich nur 34 reine Fälle primärer Leberaffection verbleiben. — Besprochen werden: 1) die chronisch entzündliche Form, vertreten durch die Lebercirrhose, fast ¹/₂ sämmtlicher Fälle; 2) das meist secundäre Lebercarcinom, ¹/₃ der Fälle; 3) die acut entzündliche, suppurative Hepatitis; 4) die acute gelbe Leberatrophie. Nicht berücksichtigt werden die Affectionen der Gallengänge und Gallenblase, die secundären Stauungs-, Fett- und Amyloidleber, ferner Phosphorleber u[nd] Lebersyphilis, als in das Capitel der Intoxication gehörig. Le[tz]tere Form ist im Uebrigen nicht beobachtet. Ebenso ist k[ein] Mal zur Beobachtung gelangt der hier zu Lande überaus selte[ne] Leberechinokokkus.

1) *Die Lebercirrhose.* Ueber die verschiedenen Formen herrs[cht] zur Zeit noch keine völlige Einigung. Klinisch empfiehlt es s[ich] wohl am meisten 2 Formen zu unterscheiden, die *venöse* und *biliäre*; als eine Unterart der letzteren ist die hypertrophis[che] Cirrhose anzusehen.

a) Die venöse, atrophische Form, auch Alkoholcirrhose g[e]nannt, umfasste fast sämmtliche Fälle. Der Verlauf bot nic[hts] Auffallendes. Bezüglich der Aetiologie ist zu bemerken, d[ass] Alkoholmissbrauch nicht häufig vorlag, völlige Abstinenz jed[och] in keinem Falle. Ueberstandene Malaria war mehrfach zu c[on]statiren, es konnte jedoch aus dem soeben angeführten Grun[de] keine einzige Erkrankung eben nur auf die Malaria einwandsfr[ei] zurückgeführt werden. Nach Analogie anderer Gifte könnt[e] wohl schon kleine Mengen Alkohol bei weniger widerstandsfähig[en] Personen die Lebererkrankung zu Wege bringen. — Gegen A[s]cites hat sich Calomel oft bewährt, nicht minder Jodkali neb[en] strenger Milchdiät (cfr. den oben mitgetheilten Fall).

b) Biliäre (hypertrophische) Cirrhose ist bei nachgewiesene[m] Alkoholmissbrauch ein Mal beobachtet (Section). Kein Ascit[es,] Icterus. 2 weitere Fälle von biliärer Cirrhose ohne Alkohol[ge]nuss stehen noch in Beobachtung. Starker Icterus, fehlender A[s]cites, Milztumor, das eine Mal sehr grosse Leber, im ander[en] Falle Leber nicht vergrössert.

2) *Das Lebercarcinom.* Meist secundäre Erkrankung. M[it]unter war der primäre Sitz schwierig nachzuweisen. Durch ein[en] einschlägigen Fall wird illustrirt, unter wie wenig charakteris[ti]schen Symptomen die Anfangsstadien des primären Leberkreb[ses] auftreten können. — Von sonstigen Neubildungen ist Melanos[ar]com ein Mal beobachtet, kein Mal Adenom.

3) *Hepatitis suppurativa.* In der Eintheilung lehnt Vortr. si[ch] an Schueppel. a) Intracanaliculärer oder Gallengangsabsc[ess] s. Cholangoitis suppurativa. Sämmtliche Fälle standen im hö[he]ren Alter. Mehr oder weniger chronischer Verlauf, bald V[er]schlimmerung, bald relatives Wohlbefinden; unregelmässiges, intermittirendes Fieber, Schmerzen in der Lebergegend, Icter[us]. Nur ein Mal konnte anamnestisch Cholangoitis calculosa fest[ge]stellt werden. In 2 zur Section gelangten Fällen fanden sich [ein] Mal in einzelnen Lebercanälen dicht aneinander gelagerte Ste[in]chen neben Eiter, während das andere Mal Steine in der Gall[en]blase waren und die freien Canäle mit zahllosen Leberabscessch[en] communicirten. In einem dritten, obducirten Falle wurde aus[ge]dehnte Dilatation der intrahepatischen, mit dickem Eiter erf[üll]ten Gallengänge constatirt. Eine nachweisbare Ursache nicht [zu] entdecken. Intra vitam war die Diagnose nicht gestellt, da ke[ine] Organerkrankung nachzuweisen war. Speciell kein Icterus. [Es] bestand Febris intermittens quotidiana, Milz erschien vergr[ös]sert, Chinin war jedoch wirkungslos. b) Venöser, metastatisc[her] Abscess. In den beiden beobachteten Fällen intermittiren[des] Fieber mit Schüttelfrösten, ein Mal leichter, ein Mal schwe[rer] Icterus. In beiden Fällen war, wie die Section ergab, der A[us]gangspunct der Erkrankung eine ulceröse Entzündung des Pro[c.] vermiformis gewesen. Ein Mal fehlte dabei jedes auf die Coec[al]gegend hinweisende Symptom, das andere Mal waren die b[e]treffenden Beschwerden nur geringfügig. Auf diese nicht selten zu beobachtende Latenz der Symptome einer Erkrank[ung] des Proc. vermiformis wird nachdrücklichst hingewiesen. — c) E[i]gentlicher, parenchymatöser Leberabscess. In einem Falle fa[n]den sich bei der Section zahlreiche Abscesse in der Leber, e[in] vorausgegangener Entzündungsherd liess sich trotz sorgfältigst[er] Nachforschung nicht nachweisen. Schüttelfröste, leichter Icter[us,] Schwellung und Schmerz in der Lebergegend waren voraus[ge]gangen. Dauer der Erkrankung 2¹/₂ Wochen. — Zweiter Fa[ll]. Bei einem bisher gesunden Manne von 34 Jahren, welcher soeb[en] die Influenza überstanden, entwickelten sich Fiebererscheinung[en] unter dem Bilde einer Intermittens quotidiana duplicata; da[bei] keinerlei auf ein Organleiden hinweisende Klagen. In den näc[h]sten Wochen deutliche Erscheinungen einer rechtsseitigen Ple[u]ritis, schliesslich beiderseits über den hinteren Lungenparti[en] diffuse Infiltration. Probepunction ergab rechts vorn Seru[m,] dessen bacteriologische Untersuchung negativ ausfiel. In d[er] 5. Woche ex indicatione vitali Punction mit Entleerung von 2 [Li]tern serösen Eiters. Wiederanstieg des Exsudates in 36 Stunden. Etablirung einer permanenten Fistel mit dem Troicart. Am folgenden Tage Erleichterung, Fieberabfall, jedoch grosse Schwäche. In der nächsten Nacht nach einer Defäcation plötzlicher Tod. — Zu Beginn der Erscheinungen konnte die Annahme eines oberhalb oder unterhalb des Zwerchfelles sich entwickelnden Abscesses im Allgemeinen gemacht werden, schliesslich schien bei Berücksichtigung der stets hohen Lage des unteren Leberrandes die Diagnose eines in den rechten Pleuraraum perforirten Leberabscesses für gesichert. Die Section erwies normal grosse Leber, oben leicht adhärent, keine Perforationsöffnung. Im oberen Lappen nahe der Oberfläche, 2 confluirende, ca. 30 ℥ reinen Eiters enthaltende Abscesse inmitten morschen Lebergewebes. In der Gallenblase einige kleine Concremente. Die rechte Lunge retra

hirt, hinten adhärent, in der linken Lunge unten kleine Infiltrationsherde. Im Uebrigen normaler Befund. — Im dritten Falle wurde der Leberabscess erst durch die Section aufgedeckt. Schwerer Typh. abdom. mit scheinbarer Wendung zur Besserung. In der 5. Woche Temperatursteigerung, Durchfälle, bedeutendes Krankheitsgefühl. Nephritis, seit einigen Wochen bestehend, dauert fort. Ein in der linken Axilla aufgetretener Furunkel wird incidirt. Allmäliger Kräfteverfall, Anämie, Oedeme, Purpura cutanea, Epistaxis. Vorübergehend Klagen über Schmerzen im rechten Hypochondrium. Nach weiteren 6 Wochen diffuse Peritonitis unter Schüttelfrösten; das Exsudat verringert sich wieder. Kein Icterus. Tod nach etwa 14 Tagen. Sectionsergebniss: Geheilte Typhusgeschwüre, keine ulcerösen Veränderungen am Darm, diffuse serös-hämorrhagische Peritonitis. Am Rande des rechten Leberlappens ein faustgrosser, mit blutigem Eiter gefüllter Abscess. — Schliesslich wird noch eines kleinen Leberabscesses Erwähnung gethan, welcher nach einem Trauma entstanden. Localer Schmerz, Schüttelfrost, tödtlicher Ausgang (Section).

4) *Die acute gelbe Leberatrophie.* 2 Fälle. 6-jähriger Knabe mit deutlichst ausgesprochenen Symptomen, stirbt am Tage nach der Aufnahme in's Krankenhaus. Section. — Der zweite Fall zog sich über mehrere Wochen hin, eine deutliche Leberverkleinerung trat nicht ein. Die Section erwies eine absolut nicht verkleinerte Leber. Schnittfläche ockergelb und dicht rothgetüpfelt. Mikroskopisch exquisite Verfettung der Leberzellen. Im rothen Centrum auffallenderweise noch erhaltene Zellen. An der Peripherie der Acini leichte, zellige Bindegewebswucherung.

Zum Schlusse erwähnt Vortr. eines Phänomens, welches ihm mehrfach aufgestossen und über welches er bislang keinen genügenden Aufschluss hat finden können. Es handelt sich um farblose Stühle ohne Icterus. In der Kinderpraxis wird öfters eine auffallend helle Farbe des Kothes beobachtet, ähnlich wie bei Gallengangverschluss, ohne dass irgend ein Grund für diese bald vorübergehende Erscheinung einer mangelhaften Gallenstoffproduction sich feststellen lässt. Andererseits werden wir aber durch solche helle Stuhlfarbe auf etwa bestehende, schwere Texturerkrankungen der Leber aufmerksam gemacht. So beobachten wir derartiges bei Fett- und Amyloidleber, ferner bei Leberatrophien, wie sie als Theilerscheinung eines allgemeinen Marasmus oder einer Cachexie beschrieben worden sind. In letztere Kategorie gehört vielleicht auch folgender Fall hinein: Pat., angeblich stets gesund, wendet sich an Vortr. wegen Magenbeschwerden. Magenectasie mässigen Grades, im Uebrigen normaler Befund bezüglich des Magensaftes etc. Stuhl auffallend hell-lehmfarben, theils gut geformt, theils breiig. Leber percutorisch verkleinert, Milz vergrössert, nicht palpabel. Kein Icterus, überhaupt sonst nichts Abnormes.

Dr. Bergmann hat bisher auf der syphil. Station des allg. Krankenhauses keinen Fall beobachtet, der als eine syphilitische Lebererkrankung anzusprechen gewesen sei. Ebenso bemerkt Dr. Mercklin, dass durch Sectionen an den hier hauptsächlich in Frage kommenden Paralytikern nur äusserst selten derartige Affectionen aufgedeckt würden.

Dr. Voss ergänzt die von Dr. Hampeln mitgetheilte Casuistik der Lebertumoren dahin, dass er 2 Mal bei Sectionen Angiome der Leber gesehen. Keine Symptome intra vitam. — Von metastatischem Leberabscess hat Dr. V. in jüngster Zeit 2 Fälle nach Dysenterie beobachtet. Bei den in früheren Jahren nicht allzu selten auftretenden Pyämien wurden öfters durch die Section Leberabscesse constatirt. — Bezüglich des von Dr. Hampeln vorgetragenen Falles vom Leberabscess nach abgelaufenem Typhus abd. wirft Dr. V. die Frage auf, ob nicht der Abscess als ein metastatischer, durch den Furunkel veranlasst, aufzufassen sei.

Dr. Hampeln will die Möglichkeit einer solchen Infection nicht bestreiten, etwas Auffallendes war an dem, 6 Wochen vor dem Tode aufgetretenen Furunkel nicht wahrzunehmen.

Dr. Krannhals bemerkt hierzu, dass der bei der Section gefundene Leberabscess nicht frischen Datums war.

Dr. v. Rautenfeld ist ebenfalls in der Lage gewesen einen farblosen Stuhl zu beobachten, ohne dass beim Kranken, welcher an Herzverfettung litt, ein Grund hierfür aufzufinden. Speciell kein Icterus. z. Z. Secretär: Dr. Bernsdorff.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 18. December 1889.

1) Dr. Moritz: „Zwei Fälle von Purpura fulminans variolosa" (?). (Der Vortrag ist in № 2 der St. Pet. med. Wochenschr. 1890 gedruckt).

Discussion: Dr. Koch sieht darin nichts Merkwürdiges, dass es in diesen Fällen nicht zur Bildung unzweifelhafter Pockenpusteln gekommen sei, da oft Menschen an Variola sterben, ehe Pusteln da sind, nur hätte höheres Fieber da sein müssen als im II. mitgetheilten Falle. Bekanntlich treten die allerersten Pustelchen an Stellen auf, wo irgend ein Trauma der Haut bestand, oder ein Eczem oder eine Kratzwunde; da tritt unter Fieber eine intensive, circumscripte Röthe auf und auf dieser sieht man dann bald die feinsten Pustelchen, ehe noch sonst irgendwo am Körper Andeutungen von Eruptionen sind.

Dr. Lehmann möchte die Moritz'schen Fälle nicht als Variola gelten lassen; hämorrhagische Pocken habe er nur in der Weise gesehen, dass erst unzweifelhafte Pockenpusteln da waren, die dann hämorrhagisch wurden. Nicht aber Hauthämorrhagien ohne Pusteln.

Dr. Petersen dagegen giebt die Möglichkeit vollkommen zu, dass es sich um Prodromalstadien der Pocken gehandelt habe. Er weist besonders auf die im Jahre 1871 erschienene Arbeit von Wyss hin.

Dr. Kernig findet es wegen des zu geringen Fiebers bedenklich, den II. Fall als Variola anzusprechen. Purpura dagegen könne in mannigfaltigen Formen auftreten. So sah K. neulich ein Mädchen, bei dem von vielen Purpuraflecken eine grosse Anzahl ganz schwarz waren, es kam zu scharfer Demarkation und Ausfall von nekrotischen Hautstücken; allmälige Genesung. Solche Beobachtungen finden sich in Demme's Aufsatz über schwere Formen von Erythema und Purpura.

Dr. Moritz giebt die Möglichkeit zu, dass der II. Fall nicht Variola sei. Vielleicht schwere Influenza, die in Morb. Werlhofii überging.

2) Dr. v. Grünewaldt: Vor einem Jahre wurde eine ältere Frau wegen Uterinblutungen in's Evangel. Hospital aufgenommen. Im Uterus weiche Massen, die als Carcinom imponirten, bis das Mikroskop Adenome nachwies. Ausschabung. Guter Verlauf. Entlassen. Jetzt im November kam sie wieder. Das Jahr über hatte sie keine Menses gehabt, jetzt wieder starke Blutungen. Ausschabung. Dabei wird ein kleiner Ovarialtumor entdeckt und durch Ovariotomie entfernt. Alle Cysten erwiesen sich mit blutigem Serum gefüllt; die Bauchdeckenwunde blutete sehr stark, jeder Nadelstich blutete stark. 3—4 Tage nach der Operation heftiges Nasenbluten, das beinahe unstillbar war. Beim Verbandwechsel weithin neben der Bauchwunde subcutane Hämorrhagien, die noch heute bei der Entlassung als gelbe Verfärbungen existiren.

G. kann für diese Neigung zu Blutungen keine ihm genügende Erklärung finden, denn mit Hämophilie decken sich die Erscheinungen nicht.

Dr. Tiling bestreitet auch die Hämophilie in diesem Falle, sonst hätte die Patientin schon nach den Ausschabungen der Verblutung nahe sein müssen. Weithin verbreitete Sugillationen sind nach Operationen nicht so befremdend. Nach Mammaamputationen sieht man zuweilen die Glutaeen sugillirt. Aus kleinen verletzten Blutgefässen (Arteriolen) blutet es eben lange nach Schluss der Wunde unter die Haut fort.

3) Dr. Assmuth: „Zwei Mittheilungen über multiple Steinbildungen".

a) Vor 4 Wochen wurde ein 30-jähr. kräftiger Mann von blühendem Ernährungszustande wegen Unmöglichkeit zu uriniren in's Deutsche Alexanderhospital aufgenommen. In der Fossa navicul. urethrae war ein kleiner Stein eingeklemmt, an dem ein Feldscher schon viele Extractionsversuche gemacht hatte. Nach Schlitzung des Orificium exter. gelang diese leicht. Eine Sonde stiess im Bulbus auf einen 2. Stein in einem Divertikel. Urethrotomia extern. median. und Entfernung des Steines. Die weitere Untersuchung erwies nun die Blase austapezirt mit Concrementen, Oxalatkerne mit Phosphatschalen.

Das Rectum war prall gefüllt, daher durfte ein tieferer, ergiebigerer Schnitt nicht gemacht werden. So viel sich mit der Zange entfernen liess, wurde entfernt, aber rein wurde die Blase nicht. Vom ersten Abend an hohes Fieber, dann auch Kopfschmerzen, Uebelkeit etc. bis zum Tode 2 Wochen post operationem. Nierencomplicationen wurden nicht angenommen, es fehlten die Schmerzen der suppurativen Nephritis und die Constanz des Fiebers sprach dagegen.

Section. Concrementtrümmer in der Blase. Ureteren und Urethra frei. Rechte Niere durchsetzt von massenhaften Oxalaten.

Auffallend war das so gute blühende Aussehen des Patienten bei so lange schon bestehender suppurativer Nephritis.

b) Einen 60-jähr. Pat. hat A. oft lithotripsirt. Jährlich hatte er eine Nierenattaque, wonach ein Steinchen abging. Seit 1½ Jahren keine Attaque mehr. In der Blase werden Steine diagnosticirt, Medianschnitt heute vor 2 Wochen. 27 (!) Steine in der Blase. Guter Verlauf.

Sitzung am 15. Januar 1890.

1) Dr. Rauchfuss theilt einen Krankheitsfall mit, der einen 6jährigen Knaben betraf, charakterisirt durch enorme Lymphdrüsenanschwellung, hämorrhagische Nephritis, Leber- und Milzschwellung. Es handelt sich wahrscheinlich um eine bisher noch unbekannte Infectionskrankheit. Die Mittheilung wird im Jahrbuch für Kinderkrankheiten gedruckt werden.

2) Dr. Kernig: „Ueber Lungenabscesse nach Influenza". Solche sind schon in früheren Epidemien (so von Herrmann 1847) beschrieben. Auch die diesjährige Epidemie hat einzelne Fälle gebracht, welche durch die Section bewiesen wurden. In 2 von K. beobachteten Fällen trat Genesung ein:

a) Am 17. Nov. Eintritt in's Obuchow-Hospital. Die Kranke hustet schon lange und ist kurzathmig. Als Grund dafür wird Emphysem der Lungen constatirt. Am 11. Nov. ist sie an Influenza erkrankt, dabei Halzschmerzen und Schmerzen in der l. Seite. Im l. Unterlappen starke catarrhal. Pneumonie. 39,6 bei der Aufnahme. Dasselbe Fieber dauert fort, lässt am 26. Nov. für einige Tage nach und geht dann wieder in die Höhe und bleibt hoch 3 Wochen lang. Die Infiltration des l. Unterlappens blieb constant. Eitriger Auswurf. Puls 100—110, immer schwach. Leber und Milz geschwellt. Urin normal.

Endlich lassen alle Krankheitserscheinungen nach. Temperatur meist normal, zuweilen 38,0. Ohne eigentliche Lösung wird der Percussionsschall doch etwas voller, der Auswurf geringer und nicht mehr blutig, sondern schleimig. Am 19. Dec. (38. Krankheitstage) plötzlich 39,2, Abends 41,0. Am nächsten Morgen 38,0; im Speibecken 9—10 Unzen Eiter, den die Kranke Nachts ausgehustet. Im Eiter Fetzen von Lungengewebe. Am 21. Dec. 37,8 und von da an vorzüglicher Verlauf. Das Fieber schwindet, steigt einmal noch bis 39,0 — da erfolgt wieder reichlicher Eiterauswurf und nun bleibt die Temp. normal. Gleich am 20. Dec. liess sich im l. Unterlappen Höhlenbildung nachweisen (amphorisches Athmen, metallische Rasselgeräusche). 10 Tage sind diese hörbar, dann schwinden sie vollständig und machen etwas abgeschwächtem Vesiculärathmen Platz. Percussion hell. Lungengrenzen verschieben sich, keine pleuritische Verwachsungen. Endlich erscheint l. h. u. der Thorax etwas abgeflacht und hat nicht so ergiebige Athembewegungen als rechts. So ungewöhnlich günstig war der Verlauf im zweiten Falle nicht.

b) Starke Influenza. Am l. Unterlappen pleuritisches Reiben. Temp. lange subfebril. Am 27. Krankheitstage auch plötzlich 9—10 Unzen Eiter in der Nacht ausgeworfen. Keine elastischen Fasern im Eiter. Das Fieber schwand sofort und ist ganz weggeblieben. Einen Tag lang nach der Perforation des Abscesses war Höhlenbildung nachzuweisen. Aber bis zur Stunde ist im l. Unterlappen noch Infiltration nachzuweisen und durch adhäsive Pleuritis ist der Lungenrand unbeweglich.

3) Dr. Kernig führt für den Uebergang von croupöser Pneumonie in Lungenschrumpfung 2 Fälle an:

a) Ein Pat. hatte schon vor Jahren eine croup. Pneumonie überstanden. Am 29. Oct. 89 an Influenza erkrankt. 3. Nov. Pneumonia crouposa duplex. Seit 3. Dec. behandelt K. Von da ab eine merkwürdige, gleichmässige, langsame Abnahme des Fiebers (0,1—0,2° täglich) über einen Monat hin. Am 3. Dec. war rechts die Infiltration noch recht stark. Allmälige langsame Besserung. Jetzt rechts von der Spina scapul. bis unten noch etwas verkürzter Percussionsschall mit abgeschwächtem Athem und verstärktem Stimmfremitus, der Lungenrand hier nicht beweglich. Rechts vorn voller Schall und schwaches Athmen, Herz nach rechts verschoben. Nie Bacillen im Auswurf. Das Allgemeinbefinden, das Aussehen allmälig sehr gut.

b) Vor Jahren hatte K. eine ähnliche Beobachtung gemacht. Auch hier war eine Pneumonie einige Jahre vorher gewesen. Nach der zweiten croup. Pneumonie blieb die Körperwärme subfebril ein Jahr lang, wo dann der Patient an Unterleibskrebs starb. Die Section erwies Lungencirrhose des früher hepatisirten Lappens. Es scheint die Wiederholung der Pneumonie für diesen Ausgang an Cirrhose nicht ohne Bedeutung.

z. Z. Director: Dr. Lingen.
Secretär: Dr. Masing.

Der X. internationale medicinische Congress zu Berlin.

Vom 4.—9. August 1890.

Die Congresstage in Berlin sind vorüber und es lassen sich jetzt die Stimmen und Urtheile über dieselben dahin zusammenfassen, dass der Congress die von ihm allgemein gehegten Erwartungen glänzend erfüllt, ja übertroffen hat. Gegen 6000 Aerzte hatten sich dort zu wissenschaftlicher Arbeit zusammengefunden. Der Berliner Congress hat alle seine Vorgänger, selbst den Londoner von 1881, der bisher als der glänzendste galt, weit in den Schatten gestellt, sowohl durch die grosse Anzahl seiner Mitglieder und der an ihm betheiligten Koryphäen, als auch durch sein reichhaltiges wissenschaftliches Programm. Mit Stolz darf dieser X. Congress sich rühmen, in Wahrheit ein internationaler gewesen zu sein, denn neben den 2918 Aerzten aus Deutschland waren fast ebenso viele Aerzte aus mehr denn 40 verschiedenen Ländern der Erde zu demselben erschienen. Das grösste Contingent lieferten von fremden Ländern die Vereinigten Staaten von Nordamerika, nächstdem Russland, dann Grossbritannien, Oesterreich-Ungarn, Frankreich und Italien. Mehr als 25 Staatsregierungen hatten Delegirte zur Theilnahme amtlich beauftragt und einige 30 Universitäten und Academien waren durch hervorragende Vorkämpfer der Wissenschaft officiell vertreten. Nach der endgiltigen Zusammenstellung der Congressbesucher betrug die Zahl der Mitglieder 5737 und die der Theilnehmer 143; ausserdem waren noch gegen 1400 Damenkarten ausgegeben. Die Mitglieder vertheilen sich in folgender Weise auf die einzelnen Länder: Deutschland (ohne Berlin) 1752, Berlin 1166, Vereinigte Staaten von Amerika 659, Russland 429, Grossbritannien 358, Oesterreich-Ungarn 262, Frankreich 179, Italien 146, Dänemark 139, Niederlande 112, Belgien 62, Schweiz 67, Spanien 41, Schweden 108, Norwegen 57, Rumänien 32, Luxemburg 2, Portugal 5, Türkei 12, Griechenland 5, Bulgarien 5, Serbien 2, Monaco 1, Canada 21, Brasilien 12, Chile 14, Mexico 7, das übrige Amerika 30, Egypten 8, Capland 1, das übrige Afrika 5, China 2, Japan 22, Ostindien 2, Niederländisch-Indien 2, Australien 7. Von den Theilnehmern entfallen auf Deutschland 97, auf ausserdeutsche Länder 46. Aerztinnen waren 14 auf dem Congress.

Die feierliche Eröffnung des Congresses fand am 4. August n. St. in dem bis auf den letzten Platz gefüllten Riesencircus Renz durch den Vorsitzenden des Organisationscomités, Prof. Virchow, statt, welcher in seiner geistreichen Rede unter Anderem die Verdienste Deutschlands um die Hebung der medicinischen Wissenschaft und die der Stadt Berlin um die hygienische Wohlfahrt ihrer Bürger berührte. In dieser Sitzung sprachen noch Prof. Lister (London) über den gegenwärtigen Stand der antiseptischen Wundbehandlung und Prof. Robert Koch über bacteriologische Forschung. Letzterer schloss mit der verheissungsvollen Mittheilung, dass es nach seinen bisherigen Untersuchungen ihm nicht unwahrscheinlich sei, dass der Krankheitsprocess bei der Tuberculose vollkommen zum Stillstande gebracht werden kann, ohne Benachtheiligung des Körpers durch das angewandte Mittel.

In derselben Sitzung wurden zu Ehrenpräsidenten des Congresses gewählt: Herzog Carl Theodor von Bayern (Deutschland), Paget (Grossbritannien), Grainger Stuart (Schottland), Stokes (Irland), Billings (Vereinigte Staaten von Amerika), Billroth (Oesterreich), Czatáry (Ungarn), Crocq (Belgien), Lange (Dänemark), Bouchard (Frankreich), Baccelli (Italien), Rubio (Spanien), Sklifassowski (Russland), Laache (Norwegen), Holmgreen (Schweden), Sozin (Schweiz), Aretaeos (Griechenland), Lavista (Mexico), Gnasch (Uruguay).

In den nächsten beiden allgemeinen Sitzungen wurden die programmmässigen Vorträge gehalten. In den Sectionssitzungen ist fleissig gearbeitet worden — in manchen Sectionen 5—6 Stunden —, da 722 Vorträge und Referate angekündigt waren. Wenn auch nicht alle angekündigten Vorträge erledigt worden sind, so ist doch eine solche Menge derselben gehalten worden, dass man den wissenschaftlichen Zweck des Congresses als vollkommen erreicht betrachten kann. Ungeachtet der angestrengten wissenschaftlichen Arbeit ist die Betheiligung der Congressmitglieder an den Festlichkeiten, welche ihnen zu Ehren veranstaltet wurden, eine recht rege gewesen. Zu dem grandiosen Fest, welches die Stadt Berlin im Rathhause gab, zu den Sectionsdiners (in 16 verschiedenen Localen), zu dem Medicinerball (in 5 Localen), sowie zu dem Abschiedscommers, welchen die Berliner Aerzte bei Kroll veranstalteten, waren sie in dichtgedrängten Schaaren erschienen.

Zum nächsten Versammlungsort (im Jahre 1893) ist auf die Einladung Baccelli's Rom gewählt worden.

Wir beschränken uns heute auf diese mehr die Aeusserlichkeiten des Congresses betreffenden Mittheilungen.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Spronk, Wintgens und v. d. Brink ist es gelungen, durch Verimpfung der Klebs-Löffler'schen *Diphtherie-Bacillen* auf die Rachenschleimhaut von Tauben und Kaninchen, bei diesen charakteristische den postdiphtheritischen sehr ähnliche *Lähmungen* zu erzeugen; die letzteren werden durch ein von den Bacillen producirtes Gift hervorgerufen; durch Filtriren von den Bacillen befreite Nährbouillon erwies sich ebenfalls als äusserst giftig. Verf. sind der Ansicht, dass das Diphtheriegift ein Ferment ist; es wird leicht durch Sidehitze unwirksam; nach ihrer Meinung ist der Klebs-Löffler'sche Bacillus die essentielle Ursache der menschlichen Diphtherie.

(Weekbl. v. d. nederl. Tijdschr. v. Geenesk. 1889, II, № 20—22. — Centralbl. f. d. medicin. Wissensch.)

— Apostoli und Laguerrière (Paris) berichten in der Berl. klin. Woch. № 22 „über die *Wirkung des positiven Pols des constanten Stromes auf die Mikroorganismen*, besonders die Milzbrandbacillen". Ein Strom von 300 M.-A. und mehr vernichtet in 5 Min. die Milzbrandbacillen; bei 200—250 M.-A. wird, jedoch nicht constant, die Virulenz vernichtet, mit 100 M.-A. und darunter erreicht man nach langer Einwirkungsdauer des Stromes nur eine Abschwächung der Virulenz. Der positive Pol allein hat diese, wie A. und L. nachgewiesen haben, von der thermischen Wirkung des Stromes unabhängige Eigenschaft.

— Gegen *Brandwunden* wird in der „Semaine médic." empfohlen: Saloli 1,0, Ol. Olivarum, Aq. destill. āā 70,0 f. Linimentum. Bardeleben empfiehlt dagegen die Anwendung von Mag. Bismuth. subtil. pulver.

Vermischtes.

— *Ernannt:* Der ausserordentliche Professor der Diagnostik an der Universität Kiew, Staatsrath Dr. Lösch — zum ordentlichen Professor dieser Universität; der ausseretatmässige ausserordentliche Professor der Histologie und Embryologie an der

XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,
St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 32 St. Petersburg, 11. (23.) August 1890

Die allgemeine Enge der Aorta (angustia Aortae), als Ursache von Herzleiden.

Vortrag, gehalten in der Gesellschaft prakt. Aerzte zu Riga,
von
Dr. med. A. Schabert.

M. H. Es ist meine Absicht Ihnen einen Krankheitsfall vorzulegen, der durch die Seltenheit seines Genus, durch die Eigenthümlichkeit des Verlaufes und durch das Sectionsresultat nach verschiedenen Richtungen hin Interessantes darbietet und sich den wenigen bisher publicirten Fällen von *Aortenenge*, die intra vitam unter dem Bilde eines *Herzleidens* verliefen oder dieses *complicirten*, anschliesst. Ehe dieses aber geschieht, möchte ich Ihnen die überall zerstreute Literatur des Gegenstandes vorführen, damit der eigene casuistische Einzelbeitrag in ein grösseres Gesammtbild eingefügt werden könne.

Die allgemeine Enge des arteriellen Systems, als deren besonderen anatomischen Ausdruck die *allgemein zu enge Aorta* angesehen werden kann, hat in den letzten Jahren ein *zweifaches* Interesse erregt.

Einmal haben die so verschieden gedeuteten *Constitutionsanomalien* ihre anatomische Grundlage in der allgemeinen *Hypoplasie des Gefässapparates* erhalten. Durch Rokitansky's[1]) Hinweise (1844), die fast 30 Jahre von Anatomen und Klinikern unbeachtet blieben, angeregt, hat Virchow[2]) in seinem bekannten Vortrage «über die Chlorose und die damit zusammenhängenden Anomalien im Gefässapparat, inbesondere über Endocarditis puerperalis» den Nachweis geliefert, dass die Hypoplasie des Herzens und der Gefässe die allerhäufigsten anatomischen Begleiter der Chlorose seien. Die Frage, ob die bestehenden Anomalien die Chlorose auch nothwendiger Weise *bedingen*, hat Virchow nicht zu entscheiden gewagt. Erst spätere Autoren wie Beneke[3]) und Thoma[4]) haben sich für ein derartiges Abhängigkeitsverhältniss ausgesprochen. Wie dem nun auch sei, der Kliniker hat nur einen geringen nutzbringenden Antheil an den gewonnenen Thatsachen, die mehr ein pathologisch-anatomisches und allgemein pathologisches Interesse haben. Was den Kliniker aber speciell interessirt: die Diagnose und Therapie der Krankheitszustände, ist durch Virchow's Entdeckung nicht gefördert worden. Das klinische Bild der Chlorose ist das allbekannte geblieben und die Therapie hat ihre alte eiserne Grundlage nicht verlassen.

Ein anderes, zweites Interesse kommt jenen Fällen von Aortenenge zu, in denen die Bleichsüchtigkeit und Blutarmuth ganz im Hintergrunde der Erscheinungen stehen oder überhaupt vermisst werden, während dagegen die Symptome eines *Herzleidens* das Gesammtbild beherrschen. Diese Fälle speciell als Aortenenge zu beschreiben und sie von der Chlorose ganz abzutrennen, scheint mir im Interesse der Praxis geboten. Quincke[5]) hat diesen Gegensatz bereits angedeutet, indem er, die «regelwidrige Enge der Aorta» als Begleiterin der Chlorose abhandelnd, sagt: «eine 3. Reihe von Fällen kommt dem Arzt erst zur Behandlung unter dem Bilde eines Herzleidens». Mit der nach dieser Richtung hin gesammelten Literatur möchte ich Sie nunmehr bekannt machen.

Die nachweislich älteste Beschreibung stammt von Joh. Fr. Meckel d. Aelteren[6]) aus dem Jahre 1750. Dieser Fall, den er der Acad. d. Wiss. zu Berlin vorlegte, betraf ein im 18. Lebensjahre verstorbenes Mädchen. Von frühester Jugend war die Unglückliche von Herzklopfen und Beängstigungen gequält, die auch anfallsweise und dann mit heftigen Schmerzen verbunden — in der Art der Angina pectoris — auftraten. Im 15. Jahre erschien die Periode. Die Erscheinungen nehmen nun zu. Die Menses cessiren bald. Cyanose stellt sich ein, eine auffällige Erweiterung erfahren die Gesichtsvenen, Ohnmachten treten auf, der Körper befindet sich in einem beständigen Tremor, das Herzklopfen wird continuirlich, die Athemnoth immer grösser. Unter suffocatorischen Erscheinungen erfolgt der Tod. Die *Section* ergab: colossal vergrössertes Herz, welches in der Leiche die ganze linke Thoraxhälfte einnahm, eine ganz enge Aorta, deren Durchmesser mehr als die Hälfte kleiner war als derjenige der Pulmonalis. Dieses Herz befindet sich noch gegenwärtig in der Sammlung der Halle'schen Anatomie, jetzt 140 Jahre alt. Meckel selbst erklärte die enorme Enge der Aorta als hinreichen-

[1]) Rokitansky, Lehrb. d. path. Anat. Bd. II, p. 337, 1856.
[2]) Virchow, Chlorose, Berlin, Hirschwald, 1872.
[3]) Beneke, Grundlagen d. Constitutionsanom. Marburg 1878.
[4]) Referirt nach mündl. Mittheilung in seinen Vorträgen.
[5]) Quincke, Ziemssen's Handbuch, Bd. VI, p. 427, 1876.
[6]) Meckel: Nachrichten d. Acad. d. Wissenschaften, Berlin 1755. Cf. Virchow, Chlorose, p. 11.

des Motiv für die Dilatation des Herzens und hob von der äusseren Signatur des Falles besonders die ungewöhnliche Erweiterung der Gesichtsvenen hervor.

1765 beschreibt Morgagni[7]) in seinen berühmten Briefen mehrere Fälle. *Einen*[8]) derselben referire ich kurz: Ein Flickschuster, 30 a. n., leidet seit Jahren an Athemnoth, Seelenstörung und Kopfschwindel. Der Puls soll nach seiner Aussage — bis vor einem Jahr ist er nämlich selbst Medicus gewesen — ungleich sein. Er kommt ins Krankenhaus, wird bettlägerig, giebt einen bezwingenden Schmerz unter dem Diaphragma an, hustet, hat kleinen Puls, erbricht Galliges und stirbt wenige Stunden nach der Aufnahme. *Section:* Das Herz aufs Doppelte vergrössert, am meisten der linke Ventrikel, kein Klappenfehler; geringe Sclerose des Aortenklappenlimbus; Coronarien prall gefüllt. Vor Allem fällt die Engigkeit der Aorta auf. Adventitia etwas verdickt. Iliaca und Subclavia zeigen auch an der Intima kleine sclerotische Stellen. Der übrige Sectionsbefund ist gleichgültig. Wie erklären wir uns, fragt Morgagni, dass das Herz dieses Menschen dilatirt war. Es war die Aorta über alles Maass eng (angusta). Zu diesem angeborenen Zustande gesellte sich bei dem Menschen eine solche Lebensweise, dass dem Blutstrome noch mehr Widerstände erwuchsen: die geknickte Haltung des Thorax, das häufige Anhalten des Athems auf der Höhe der Inspiration, wozu die Flickschuster durch die Art ihrer Arbeit ja verurtheilt sind.

Bei weiteren — etwa 4—6 — hierher gehörigen Beobachtungen wird von Morgagni unter Anderem auch die besonders häufige Dilatation der rechten Herzhälfte hervorgehoben — Alles mit gleichem für die damalige Zeit bewundernswerthem Verständniss der mechanischen Verhältnisse.

Einen in dieser Art gleich typischen Fall beschreibt Andral[9]) (1836), Bouillaud[10]) einen weiteren 1837. Wilkinson King[11]) 1840 beschreibt 4 Fälle. Alle 4 Pat. starben in jugendlichem Alter. Die Section ergab: Hypertrophie und Dilatation des Herzens, daneben Hydropericard, Hydrothorax, Emphysem.

Wie a priori nicht anders erwartet werden durfte, lässt sich das Typische der genannten und ähnlicher Fälle dahin zusammenfassen, dass die Aortenenge unter dem klinischen Bilde der *Herzdilatation* verlief, welche ihrerseits sich auf *keines der bekannten ätiologischen Momente* zurückführen liess, *jugendliche Patienten* betraf und frühzeitig unter *suffocatorischen Erscheinungen* zum Tode führte.

Nothwendigerweise wird einer Herzdilatation in Folge enger Aorta in der Regel eine *Hypertrophie* vorangehen müssen. Diese Fälle zu beobachten ist den Klinikern nur ausnahmsweise vergönnt, da die Patienten in diesem Stadium sich relativ wohl fühlen und die Hilfe des Arztes nicht aufsuchen. Die seltene Gelegenheit, diese anatomischen Verhältnisse am Herzen zu studiren und dadurch den principiell wichtigen Beweis zu liefern, dass eine Enge der Aorta Hypertrophie des linken Ventrikels zur Folge haben müsse, fand sich dann, wenn der Tod durch ein plötzliches Ereigniss eintrat. Auf diese Weise gruppiren sich jene Fälle von *spontaner Aortenruptur* in Folge von Aortenenge ganz von selbst in eine Reihe.

Der Erste, der als Ursache spontaner Aortenruptur eine angeborene Enge und Dünnwandigkeit der Aorta beobachtet und beschrieben hat, ist Rokitansky[12]). Von 8 Fallen spontaner Aortenruptur gehört einer, der ein 28jähriges Mädchen betrifft, hierher. Ein zweiter — 8jähriger Knabe — ist zweifelhaft, da nebenbei Blausucht bestand.

Nächst ihm veröffentlichte Geigel[13]) einen Fall. Ein Knabe von 14 J. stürzt mitten im besten Wohlbefinden zusammen und ist todt. Das Ergebniss der Anamnese ist durchaus negativ. *Section:* Hypertrophie des linken Herzens (keine Dilatation), Muskel und Klappen normal. Aneurysma dissecans unter dem Abgange der linken Subclavia. Ruptur desselben. Aorta gleich vom Bulbus an gleichmässig verengt, kaum für den kleinen Finger durchgängig. frei von Atherom, sehr zart, schon in der Pars thoracica durchscheinend.

Als Typus könnte man den von Bruberger[14]) veröffentlichten Fall aufstellen. G. A., 22 a. n., activ im 3 Dienstjahr, Husar, hat nie Gelenkrheumatismus gehabt. beklagt sich während des Manöverlebens häufig über Herzklopfen und Beängstigungen. Eine 12jährige Schwester ist plötzlich im besten Wohlbefinden beim Besteigen einer Treppe verstorben.

Status: kräftig gebauter, gut genährter Mann. Das blühend jugendliche Gesicht zeigt leichte Cyanose der Wangen. Heftiges Herzklopfen und Athemnoth verlangen erhöhte Rückenlage. Pat. ist sehr aufgeregt. Kurzes systol. Geräusch. p. max. desselben links vom Sternum an der IV. Rippe. Vergrösserung der Herzdämpfung nach links. nach rechts nicht nachweisbar. Sehr verbreiterter, resistenter Spitzenstoss; die stark gespannte, kaum mittelweite Radialis mit mittelhoher Pulswelle. Die übrigen Organe normal. Am Nachmittage des 2. Spitaltages steht Pat. auf, will sich in einen Lehnstuhl setzen und bricht todt zusammen.

Section: Ruptur der Aorta, Erguss intrapericardial. Aorta absolut glatt, dünnwandig, allgemein verengt: über den Klappen 2″, am Bogen nicht 2″, über dem Diaphragma $1^1/_2$″, an der Theilungsstelle in die Iliacae 5‴ im Umfange. *Der rechte Ventrikel erscheint wie ein Anhängsel an den linken,* seine Wandungen sind dünn und schlaff; die Höhle nicht erweitert. Der linke Ventrikel ist $4^1/_2$″ lang und bildet allein die Herzspitze. Dicke $^3/_4$″ an der Basis. $^1/_2$″ an der Spitze. Die Höhle ist weit, alle Klappen und Ostien normal. Leber gross.

Eine 3. Gruppe von Patienten, bei denen das Leiden entweder kein so hochgradiges ist, deren Lebensführung eine das Herz sehr schonende ist, die sich gut nähren, ohne sich anzustrengen, vertragen ihr Leiden unbemerkt oder nur unter leidlichen Erscheinungen. Ihnen droht aber die *Gefahr der Complicationen.* Unter diesen stehen die Endocarditis und Pericarditis obenan. Nach Virchow's[15]) Auffassung ist die *Endocarditis* in solchen Fällen nicht in dem Maasse ein zufällig acquirirtes Leiden, wie es Personen mit normalem Gefässsystem betrifft, sondern *ein durch die Enge desselben zum Theil bedingtes,* im Sinne der Praedisposition. «Seit langer Zeit, sagt er, vertheidige ich den Satz, dass die Oertlichkeit der entzündlichen Processe am Herzen durch mechanische Ursachen bestimmt wird. Insbesondere ist die grössere Frequenz der Klappenerkrankungen abhängig von den Reibungs- und Spannungsverhältnissen, welchen dieselben unterworfen sind. Jedes Hinderniss, welches sich der Entleerung des Blutes aus dem linken Herzen entgegenstellt, setzt auch die Mitralränder in stärkere Spannung. *Allgemeine Enge der Aorta wird also die Mitralis in Gefahr bringen müssen.*» Diese Sätze zu beweisen, führt Virchow ein grosses Beobachtungsmaterial an; zunächst hält er sich an jene Fälle primärer Endocarditis im Puerperium, wo keinerlei Veränderungen am Generationsapparat nachweisbar waren, die Aorta aber und das ganze Gefässsystem sich auffallend verengt erwiesen. 7 Fälle. Es sei ihm unzweifelhaft, dass es sich hierbei

7) Morgagni: De sedibus et causis morb.
8) Lib. II. Epist. XVIII.
9) Andral: Clin. med. 1836, I, p. 49.
10) Bouillaud cf. King.
11) King: Lond. med. gaz. XXVII, p. 685 u. 751, cf. Schmidt's Jahrb. 3. Supp. band p. 90.
12) Ueber spont. Zerreisung der Aorta. Oest. med. Jahrb. Bd. XVI. cf. Schmidt's Jahrb. Bd. XXIV, p. 30.

13) Geigel: Würzburger med. Zeitschr. 1861, p. 107.
14) Bruberger, Berl. kl. Wochenschr. № 30. 1870.
15) Virchow: Chlorose, p. 19.



meist um rheumatische Processe gehandelt habe; dass aber gerade das Herz in so hervorragendem Maasse afficirt wird, ohne dass andere rheumatische Erscheinungen zu Tage treten, setzt eine besondere Vulnerabilität desselben voraus. Diese Vulnerabilität werde bedingt durch die Mangelhaftigkeit des Gefässapparates. 11 auch an Männern gemachte Beobachtungen dieser Art werden weiter von ihm angeführt, um dem charakterisirten Standpunct einen verallgemeinernden Werth zu geben. Dieses reiche Beobachtungsmaterial durch Mittheilung einzeln publicirter Fälle zu vermehren, wäre unnütz. Erwähnt sei nur noch ein von Prof. Jacobs[16]) (Brüssel) veröffentlichter Fall — Aortenenge mit Endocarditis complicirt, wo die Aorta auf das ungewöhnliche Maass von 2,7 Ctm. verengt war.

Indem ich hiermit den Versuch klinischer Gruppirung verlasse, will ich noch einige Fälle mittheilen, welche die unter Umständen ungewöhnlichen Schwierigkeiten der Diagnose beweisen mögen und die unerwartetsten Enttäuschungen erklärlich machen.

Riegel's[17]) Pat. Kohl, 29 a. n., leidet seit Jahren an Herzklopfen, das später auch spontan auftrat. Er hat immer schwere körperliche Arbeit geleistet. Nie hat er Gelenkrheumatismus gehabt. Die Kurzathmigkeit nahm zu, Hydropsien stellten sich ein.

Status: Mittelgrosser Mann, gut genährt. Cyanose der extremen Theile. Dyspnoe 36—40. Dilatation des Herzens, links die Mammilla, rechts den Sternalrand überschreitend. Systolisches Mitralgeräusch. Dämpfung auf dem Sternum in der Höhe des II. I. C. R. Im Dämpfungsgebiet ein systolisches Geräusch, welches an der Auscultationsstelle der Pulmonalis am stärksten ist. Dieses Geräusch ist auch längs der Wirbelsäule zu hören. Kleiner, mässig gespannter Puls, rechts constant kleiner als links. Leber vergrössert, Ascites, Oedem der Unterextremitäten und Genitalien. Harn dunkel, 1020, kein Albumin; linker Recurrens gelähmt; linkes Stimmband in Cadaverstellung. Lungeninfarct. Tod unter suffocatorischen Erscheinungen.

Die Dämpfung und das systol. Geräusch im II. I. C. R., die Vergrösserung des Herzens, die Lähmung des Recurrens, die Ungleichheit der Radialarterien, alle diese Momente beanspruchten die Diagnose: *Aneurysma Aortae.*

Die Section bewies das Gegentheil: Dilatation des l. und r. Herzens, besonders des r. An der Gesammtquere des Herzens von 140 Mm. participirte das r. mit 100 Mm. Relative Mitralinsufficienz. Die *Aorta* allgemein verengt: über den Klappen 55 Mm; an der Narbe 45; am Tripus Halleri 35; unterhalb desselben 28 Mm. im Umfange. Die *Pulmonalis* ist stark erweitert, misst 75 Mm., also 20 Mm. mehr als die Aorta. Der l. Recurrens, mikroskopisch untersucht, erweist sich an der Umschlagsstelle atrophisch.

Die Incongruenz zwischen der klin. Diagnose und dem anatom. Befunde erklärt sich nun sehr einfach:

Die *Dämpfung* entsprach nicht der Aorta, sondern dem dilatirten r. Vorhof. Das *systol. Geräusch* konnte nur durch Druck der erweiterten Pulmonalis auf die verengte Aorta zu Stande gekommen sein. In der Aorta herrschte ein um so geringerer Druck, als die Mitralis insufficient war. Die *Recurrenslähmung* war das Resultat der Raumbeschränkung durch Erweiterung namentlich des r. Herzens und der Pulmonalis. Die *Ungleichheit des Pulses* kann schliesslich nur durch ein zufälliges Missverhältniss erklärt werden.

Abgesehen von dem grossen diagnostischen Interesse, das der referirte Fall darbietet, beweist er zugleich in evidenter Weise den deletären Einfluss einer bestehenden Aortenenge auf's Herz. Denn nicht unterschätzt darf eine Ursache werden, welche einen 29-jährigen, kräftigen Mann durch Herzparalyse zu Grunde gehen lässt. Dasselbe lässt sich von dem im Anschlus an den obigen von Kuhlenkampff[18]) publicirten Falle sagen. Das Herz war enorm gross, besonders die r. Hälfte, so dass der r. Vorhof an Grösse fast einem ganz normalen Herzen gleichkam. Die Circumferenz der Pulmonalis ist um 30 Mm. grösser als die der Aorta. Letztere ist allgemein verengt: in der Gegend des Arcus lässt sich nicht der Zeigefinger einführen. am Zwerchfell beträgt ihr Umfang nur 1,5 Ctm. Die Iliaca com. misst 0,7 Ctm. Der Träger dieser Aorta war ein junger Mann von 20 Jahren, kräftig gebaut, gut genährt, ohne Anomalie der Entwickelung. Während des Lebens bestanden Zeichen der Herzdilatation, der Tod erfolgte durch Paralyse.

Wenn man bedenkt, dass seit dieser Publication Kuhlenkampff's aus dem Jahre 1873 die ganze Lehre von der Aortenenge unbeachtet geruht hat, so ist es entschieden Fraentzel's[19]) grosses Verdienst gewesen, in seinen Vorlesungen über «*idiopathische Herzvergrösserungen*» diesem Gegenstande die wohlverdiente eingehende Behandlung zugewandt und damit ein Capital der Pathologie in's Leben zurückgerufen zu haben, das gewiss mehr und mehr auch praktische Bedeutung gewinnen wird. Fraentzel bringt eine Casuistik von 2 Fällen mit dem Sectionsprotokoll und berichtet über weitere 3 noch lebende Pat., bei denen er sich zu der Diagnose der Aortenenge gezwungen sah. Seine Vorlesungen sind indessen so lesenswerth, dass ich ihren Werth durch ein Referat nicht zu verkürzen wage. Gleich nach ihm veröffentlichte Leyden[20]) — Charité Ann. 1890 — einen hierhergehörigen Fall. Bei demselben war die exquisit stenocardische Form der Herzbeschwerden und eine offenbar in den letzten Tagen eintretende Embolie der Art. fossa Sylvii auffallend. In letzter Beziehung gleicht er gewiss einem unlängst von Déjerine publicirten Falle. Die letzte mir bekannte Mittheilung stammt von Runeberg (ref. in der St. Pet. med. Woch. 1890, № 4). Zwar hat Runeberg den Fall als idiopathische Herzhypertrophie beschrieben, durch die hinzugefügte Bemerkung aber, dass die Aorta sehr enge war, der Herzhypertrophie entschieden ihren idiopathischen Charakter wieder genommen. Daran möchte ich denn überhaupt die Bemerkung knüpfen, dass die Bezeichnung idiopathische Herzhypertrophie wohl als eine recht verfehlte bezeichnet werden muss.

Hiermit glaube ich die Literatur des Gegenstandes erschöpft zu haben, soweit wenigstens als sie von deutschen Autoren und aus der neueren Zeit herstammt. Unerreichbar für mich waren die Publicationen von Küssner, Tuczeck und Knövenagel. Ich wende mich nunmehr zu dem im Rigaschen Stadtkrankenhause beobachteten Fall.

Andreas Kaufmann, 20 a. n., Instrumentenmacher, wurde am 19. März 1888 in die von Dr. Hampeln geleitete Abtheilung aufgenommen. Als Kind hat er Masern durchgemacht, sonst behauptet er an keiner Krankheit, speciell nie an Rheumatismus gelitten zu haben. Seit längerer Zeit spärlicher, schleimiger Auswurf. Von Jugend an hat er beim Laufen *Herzklopfen* beobachtet, ferner trat bei stärkerer Anstrengung Flimmern vor den Augen auf.

Vor 6 Tagen ist er plötzlich erkrankt: nach kurzem Unwohlsein, Schmerzen in Armen und Beinen, stellten sich unter Hitze und Kältegefühl lebhafte *Schmerzen im Epigastrium* ein, so dass Pat. sofort bettlägerig wurde. Die Schmerzen erstrecken sich nach der linken Seite und werden beim Athmen stärker. Sobald er etwas geniesst, erbricht er.

I. Stat. praes: Guter Ernährungszustand, kein Oedem, Genitalien normal. Thorax gut gebaut. *Herzstoss extramam. im VI. ICR.* breit und kräftig; starke Pulsatio epigastrica. Druckschmerz am linken Rippenbogen und im Epigastrium, nach hinten ziehend. Herzdämpfung vergrössert, oben an der III. R. beginnend, vom linken Sternalrande und der linken vorderen Axillarlinie abgegrenzt. Relative Dämpfung reicht bis zum rechten Sternalrande. *Lautes systolisches Spitzengeräusch,* diastolischer Ton leise, der Aortenton rein und schwach, der Pulmonalton sehr verstärkt. Kein Reibegeräusch. P. 108 regelm., leer, dicrot. Lungengrenzen, Athmen normal, Resp. 28. Leib weich, *Leber*

[16]) Press. med. XXII, 24, 1870, Brüssel. Schmidt's Jahrb. Bd. 149.

[17]) Berl. klin. Woch. 1872, № 39 und 40.

[18]) Berl. klin. Woch. 1873, № 4.

[19]) Idiopathische Herzvergrösserung. VIII. und IX. Vorlesung 1889. Deutsch. med. Wochenschr. 1888, № 29.

[20]) Charité Ann. XIV. Jahrgang 1889.



und Milz vergrössert, Urin hellbraun, klar, sauer ohne Albumin, 1023. T. 39,3; 39, 5.

Ordin.: Inf. fol. Digital. 1,0 : 180 2 std. Eisbeutel aufs Herz.

Verlauf: Am nächsten Tage ist deutliches *Reiben* an der VI. Rippe links zu hören — pericardiales Reiben. Geringe Benommenheit wechselt mit *Beängstigung*. P. 120, dicrot. T. 38,8, 38,7. Von nun ab tritt Besserung ein: die Frequenz des Pulses verringert sich, seine Kraft steigt, in 4 Tagen sind die T° normal, das Reiben verschwindet, der Appetit hebt sich. Pat. erhält Digitalis, Kali bromat. Priessnitz'sche Umschläge.

Am 30. März, als am 11. Tage seines Spitalaufenthaltes verlässt Pat. trotz aller Gegenrede das Hospital.

II. Am 25. Juli 1888 kehrt Pat. zurück. In der Zwischenzeit ist er arbeitsunfähig gewesen. Sonst bestehen keinerlei Klagen. Pat. ist aber sehr aufgeregt, leidet an Beängstigungen; leichter Tremor universalis.

Status: Pat. ist blasser und magerer geworden. Die *Herzdämpfung ist grösser, das Spitzengeräusch lauter geworden. Arhythmie* ist eingetreten. P. 82, unregelm., ungleich. Lungen normal, Leib aufgetrieben, Leber vergrössert, empfindlich, fingerbreit über dem Nabel. Harn wird nicht gelassen. T. normal. Inf. Adon. vern. Während des *Verlaufes* fiel Pat. durch grosse Aufregung, Beängstigungen und Schlaflosigkeit auf. Mehrmals schreit er bei den Angstanfällen laut auf. Ohne Hypnotica kein Schlaf. Stuhl und Harn angehalten; letzterer künstlich entleert, enthält nunmehr Albumin. Der Leberrand rückt immer tiefer und steht zuletzt $2\frac{1}{2}$ Finger unterhalb des Nabels. Oedem der Unterextremitäten tritt auf. Der Puls wird immer schwächer und unregelmässiger; Lungeninfarct zum Schluss; Tod am 30. Aug. 1888. Der Verstorbene wurde mit der klinischen Diagnose: *Pericarditis, Insuff. valv. mitral.* in die Sectionskammer abgefertigt.

Section (Dr. Krannhals). Mittl. Ernährungszustand. Oedem der Unterextremitäten. Im Herzbeutel 100 Ccm. gelben Serums. Beide Lungen frei. In der linken Pleura 300 Ccm. gelben, trüben Serums. Rechte Pleura frei. — Herz 11,5 lang, 17 breit, 7 Ctm. dick. Vorderfläche des linken Ventrikels thalergross mit dem Herzbeutel verwachsen. In beiden Ventrikeln mächtige Coagula, z. Th. entfärbt. Musculatur blass, weich, schlaff; Faserung deutlich; rechts blasse Fleckchen. Beide Ventrikel dilatirt. Wanddicke rechts 1, links 1,5 Ctm. *Ost. ven. sin. 17,5.* Ost. arter. sin. 6,5. Klappen normal, zart. Am freien Rande der Mitralis einige gestielte Granula: *Aorta zart, allgemein verengt, im Anfange (über den Klappen) 4,3 Ctm. Umfang.*

Linke Costalpleura hyperämisch getrübt (Pleuritis). Im Unterlappen der linken Lunge ein kartoffelgrosser Infarct. Im rechten Unterlappen seröse, schlaffe Pneumonie. Abdomen enthält 4000 Ccm. Serum. *Leber* 27. 21. 13,8, Muscatnusszeichnung. Milz 11. 8. 4 Ctm. Stauungsmilz, Niere 11. 6. $3\frac{1}{2}$, hellrothbraun; Rinde 6—8 Mm. Zeichnung verwischt, Marksubstanz dunkelgrau. Die übrigen Organe oedematös, sonst normal. Schädelhöhle nicht eröffnet.

Anat. Diagn.: Allgemeine Enge der Aorta. Allgemeiner Hydrops. Dilatatio et Degen. tot. cordis, concret. cord. c. pericard. Insuff. valv. mitral.

Epikrise. Die richtige Beurtheilung des vorliegenden Falles ist erst durch das Sectionsergebniss möglich geworden.

Während des ersten Spitalaufenthaltes wurde Pericarditis sicca und eine Insufficienz der Mitralis vermuthlich auf endocarditischer Grundlage diagnosticirt. Der objective Herzbefund, das Allgemeinbefinden und die Anamnese stimmten damit gut überein. Auffallend war der hochgradige Beängstigungszustand, der von vorn herein den Eindruck eines schweren Leidens hervorrief. Als Pat. zurückkehrte, bestanden dieselben Aufregungszustände fort, Schwäche des Pulses. Arhythmie und grosse Herzdämpfung charaktesiren den Zustand jetzt als *passive Dilatation.* Die Leber vergrösserte sich von Tag zu Tag, der Harn enthält Albumin, der Puls wird immer schlechter, Herzparalyse bereitet sich vor.

Die Section zeigte zunächst, dass die klin. Diagnose mit der Pericarditis Recht gehabt hatte, da Verwachsungen des Pericards bestanden. Ob an der Mitralis sich endocarditische Processe abgespielt hatten, musste zweifelhaft bleiben, denn die kleinen gestielten Granula konnten nicht als beweisend angesehen werden. So viel aber stand fest, dass die diagnosticirte Insufficienz der Mitralis nicht einem endocarditischen Processe ihre Entstehung verdankte, sondern eine *relative* war; entstanden durch Herzdilatation in Folge zu enger Aorta. Manche Autoren stellen zwar das Vorkommen relativer Mitralinsufficienz als höchst zweifelhaft hin. Der Umfang des Ost. ven. betrug in diesem Falle 17,5 Ctm., also ungefähr das Doppelte des normalen. Nach Luschka[21]) beträgt dasselbe 8,5; nach Perls 10,25 Ctm. Wenn nun auch durch Wulff's Untersuchungen bekannt ist, dass die Gesammtfläche der Mitralis grösser ist als zur Deckung eines normalen Ost. ven. erforderlich wäre, so wissen wir doch noch nicht, bei welchem Ostiumumfange die Mitralis nothwendigerweise insufficient werden muss. Wenn nun alle klinischen Zeichen für eine solche Schlussunfähigkeit sprechen, der Ostienumfang aber um das Doppelte vergrössert ist, so darf wohl an der Richtigkeit der Auffassung nicht gezweifelt werden.

Demnach ist der Fall folgendermaassen zu beurtheilen: Das primäre Leiden, die Aortenenge mit consecutiver Hypertrophie des linken resp. beider Ventrikel, war bis zum Eintritt der Pericarditis gut vertragen worden. Es ist daher auch nicht anzunehmen, dass die klinisch und anatomisch nachgewiesene Dilatation älteren Datums gewesen sein konnte. Eine durch relative Mitralisinsufficienz ausgezeichnete Dilatation kann nicht symptomenlos, unbemerkt vom Träger derselben verlaufen. Demnach muss der hinzutretenden Pericarditis der schwächende Einfluss auf die Herzmuskulatur zugeschrieben werden. Auch nachdem die Pericarditis scheinbar abgelaufen war, blieb die Schwächung des Herzmuskels fortbestehen, die Mitralis blieb dauernd insufficient und nun wirkte der Zustand wie ein combinirter Klappenfehler, wie eine *Mitralinsufficienz mit Aortenstenose;* dadurch wohl war die Rapidität des Verlaufes begründet. Wäre die Pericarditis nicht hinzugetreten, so ist anzunehmen, dass Pat. das uncomplicirte Leiden noch lange gut vertragen hätte, namentlich da sein Gewerbe ihn vor unnöthigen Ueberanstrengungen schützte.

M. H. Ich wüsste in keiner anschaulicheren Weise Ihnen das Wesentliche des heute Vorgetragenen zu resumiren, als wenn ich es versuche ein *Gesammtbild der Aortenenge*, soweit es bisher bekannt, zu entwerfen. Aus diesem Grunde allein wagte ich es denn auch, Ihre Zeit durch ein ausführlicheres Referiren der Literatur in Anspruch zu nehmen.

Die allgemeine Enge der Aorta wird meist als angeborener Zustand bezeichnet. Richtiger ist es gewiss sie als Wachsthums- oder *Entwickelungshemmung* aufzufassen. Dafür spricht die Thatsache, dass sich ihre Symptome in auffälliger Weise erst zur Zeit der Pubertät fühlbar machen; den angeborenen Zustand hat aber Niemand bewiesen.

Die Aortenenge tritt einestheils als *Theilerscheinung* allgemeiner Entwickelungsstörungen auf und gehört als solche zu den anatom. Begleitern resp. Grundlagen der Constitutionsanomalien, besonders der Chlorose, Scrophulose und Hämophilie (Virchow) — in diesem Falle ganz von dem Bilde jener Anomalien verdeckt. Andererseits, so müssen wir annehmen, erscheint sie mehr *selbständig,* uncomplicirt mit Anomalien der Constitution — in diesem Falle unter dem Bilde eines Herzleidens.

In einer 3. Reihe von Fällen vereinen sich beide Möglichkeiten zu einem gemischten Bilde.

In anatomischer Beziehung ist bekannt: Die Maasse der Aorta sind kleiner gegenüber der Norm. Nach Schiele-Wiegandt[22]) misst die normale Aorta über den Klappen 6,26 Ctm.; nach Abgang der Subclavia sin. 4,88; vor der Theilung 3,12 Ctm. im Durchschnitt.

Die Wanddicke ist regelmässig reducirt, das Gefäss zarthäutiger als normal, mehrmals wird es als transparent beschrieben. Der Elasticitätscoefficient ist grösser als normal. Anomalien im Ursprung der abgehenden Aeste und eigenthümliche wellen- und gitterförmige Erhabenheiten, so dass die Wand manchmal sieb- oder netzartig erscheint, sind von Virchow vielfach gesehen worden.

Eine auffallende und bemerkenswerthe Thatsache ist es, dass diese Gefässe zu *frühzeitiger Erkrankung prädisponirt* sind. Vor Allem sind es die Fettmetamorphose der Intima

[21]) Cfr. Ziemssen's Handbuch Bd. VI, pag. 11, 1876.
[22]) Virchow's Arch. Bd. 82, pag. 27.



und Media, die Sclerose der Adventitia, die Endarteriitis und das Atherom, welche schon im frühen Alter von 16—20 Jahren auftreten. Auf diese Weise erklären sich die Rupturen trotz der grösseren Elasticität, die Bildung dissecirender Aneurysmen ganz ungezwungen.

Die Hypertrophie der Ventrikel; die folgende Dilatation und Myodegeneration sind nothwendigerweise durch die mechanischen Verhältnisse bedingt. Auf die Prädisposition zu Endocarditis und Pericarditis ist hingewiesen; auch Myocarditis fibrosa im jugendlichsten Alter ist beobachtet (Leyden).

Den *Zustand der Genitalien*, worauf ich besonders achtete, habe ich in allen Fällen normal beschrieben gefunden. Die *Constitution* und das Aussehen der Kranken, worauf ich gleichfalls speciell achtete, war nur selten unter der Norm; gewöhnlich wurden die Kranken als kräftige, ja blühende Menschen bezeichnet.

Die *Anamnese* ergab: Herzklopfen besonders seit der Pubertät bei ungenügender Ursache eintretend, allmälig spontan werdend. Diese Angabe fand sich in fast allen Fällen. Nächstdem auffallend war die Klage über stenocardische Anfälle und das Bestehen unmotivirter Aufregungs- und Beängstigungszustände. Cardiales Asthma und Dyspnoe hängen vom jeweiligen Herzzustande ab. Die meisten Pat. waren zu schwerer Arbeit unfähig, öfters wurde das Leiden dadurch entdeckt, dass der Militärdienst nicht geleistet werden konnte.

Alle diese Angaben sind um so auffallender, als sie von jugendlichen Individuen gemacht werden, die nie Gelenkrheumatismus gehabt haben, nie überanstrengt zu sein zugeben konnten.

Der Status der Kranken entspricht, wie a priori angenommen werden muss, entweder dem der Hypertrophie oder der Dilatation des Herzens oder beiden Zuständen zugleich, je nach der Zeit. Von Besonderheiten wäre zu nennen:

Mehrmals sind die Radialartien besonders eng beschrieben worden, so von Fräntzel. Andere haben diese difficile Unterscheidung nicht zu machen gewagt. Mehrmals wurde ein Mitralgeräusch gehört und dadurch chron. Endocarditis vorgetäuscht. In Wahrheit bestand relative Insufficienz, 2 Mal bot der Zustand die klinischen Erscheinungen eines Aneurysmas.

Der Tod erfolgte bei allen Pat. im jugendlichen Alter, gewöhnlich unter suffocatorischen Erscheinungen als Folge der Herzparalyse, dann durch Ruptur, durch Endocarditis, Pericarditis und Gehirnembolie.

Nach alledem kann es sich bei der *Diagnose* der Aortenenge nur darum handeln, die Diagnose der Herzhypertrophie oder Dilatation *ätiologisch* zu stellen. Dieses ist nur per exclusionem möglich. Zunächst muss jede Form der Klappenendocarditis ausgeschlossen werden. Dann die ganze Reihe der zur Herzhypertrophie führenden, bereits bekannten ätiologischen Principe: Alkohol, Tabak, üppige Lebensweise, Sclerose, Atherom, chron. Lungenleiden, Nephritis, Neurosen (Morb. Basedowii), vor Allem factische, das physiologische Maass überschreitende Ueberanstrengungen. Die Erscheinungen während der Pubertät — Herzklopfen, stenocardische Anfälle im jugendlichen Alter, wie das Alter im Allgemeinen, verdienen die grösste Beachtung.

Alle der Palpation zugänglichen peripheren Arterien sind auf ihre Weite zu untersuchen. Liegt nun keines der genannten Principe vor, dann kann wohl mit grösstem Recht, da jede Herzhypertrophie nothwendiger Weise nur aus Widerständen des arteriellen Systems hervorgeht, ein zu enges Gefässsystem angenommen werden. Auf diese Weise ist denn auch Fräntzel zu seiner durch die Section bestätigten Diagnose gelangt.

Das Bestehen von Chlorose, von mangelhafter Entwickelung der Constitution sprechen ja an und für sich auch für eine mangelhafte Entwickelung resp. Enge der Aorta. Sie kommen hier aber nicht in Betracht, da die Diagnose ja an kräftig entwickelten Menschen gestellt werden soll. Das hochgradig chlorotische Mädchen, das von jeher geschont wurde und der kräftige Rekrut, der der Armee und damit der grössten Anstrengung übergeben werden soll, die beide über Herzklopfen klagen, wie verschieden wollen sie beurtheilt sein. Dort hat die Aortenenge mehr anatomisches Interesse, das Krankheitsbild ist auf den ersten Blick ein kenntliches, hier ist sie die verborgene Ursache eines dunklen Leidens, ihre Diagnose schwierig, die Prognose verantwortungsvoll. Das Interesse der Praxis wird, hoffe ich, diese Scheidung billig finden.

Das heute besprochene Krankheitsbild entspricht dem des vollentwickelten Leidens. Wenn ich nun der Thatsache gedenke, dass die Anatomen, wie z. B. Virchow, eine enge Aorta so häufig als zufälligen Nebenbefund bei einer Section gesehen haben, so ist es mir durchaus nicht zweifelhaft, dass diese Zustände klinisch nur deswegen so selten diagnosticirt wurden, weil man an ihre Existenz nicht dachte und die ganze Lehre von der Aortenenge eine noch neue ist. Jene Jünglinge, welche von ihren Kameraden als Schwächlinge verachtet werden, weil sie nicht turnen können, leicht Herzklopfen bekommen, zu Schwindel, Ohnmachten und Nasenbluten neigen, wer hat die Stelle ihres Spitzenstosses genau controllirt? Dieser Gedanke befiel mich, als ich einen solchen jungen Mann vorhatte, dessen Spitzenstoss um weniges die Mammillarlinie überschritten hatte und bei dem ich ein auffallendes Cliquetis metallique constatiren konnte. Mit diesen Andeutungen möchte ich denn auch den Werth des Gegenstandes für die Privatpraxis begründen und Ihrer gefälligen Beachtung unterbreiten.

Ueber Behandlung eines Falles von tuberculöser Erkrankung des Kniegelenkes,

complicirt mit tuberculösem Abscess am Oberschenkel mittelst Jodoform-Glycerin-Injectionen.

Von

Dr. Johannes Dsirne,

Arzt in Lelle (Livland).

Bruns in Tübingen (Berl. klin. Wochenschrift 1890. № 17) hat im Laufe der letzten fünf Jahre mit überaus günstigem Erfolge Jodoforminjectionen in kalte Abscesse gemacht. Unter hundert Fällen vermochte er achtzig Heilungen zu verzeichnen nach zwei- bis dreimonatlicher Behandlung. Bruns gelangte zu der Ueberzeugung, dass der dem kalten Abscesse zu Grunde liegende Knochenherd an den Wirbeln auch vollkommen ausheilt. Einen ausgezeichneten Erfolg sah er von Jodoforminjectionen bei Tuberculose der Gelenke, sowohl tuberculösem Gelenkhydrops, als auch vereiternder Gelenkcaries. Eine Ausspülung des Gelenkes mit Borsäurelösung, wie sie Krause-Halle macht, hält Bruns für unnütz und entleert nur bei serösem und eitrigem Erguss. Die Injection von 10 bis 20 % Jodoformöl resp. Jodoformglycerin in's Gelenk wird mit einer Hohlnadel vorgenommen. Als einzige Reaction wurde eine vorübergehende Temperaturerhöhung constatirt, Schmerzen zeigten sich nie nach der Injection. Dieselbe wurde alle 2 bis 6 Wochen gemacht. Besserung liess sich nach 6 bis 8 Wochen feststellen und bestand in Abnahme der Schmerzhaftigkeit, Zunahme der Beweglichkeit, Schwund des Gelenkergusses, Schrumpfung der periarticulären Abscesse und Abnahme der Kapselschwellung.

Mehr als die Hälfte der tuberculösen Gelenkerkrankungen ist ohne Operation auf oben beschriebene Weise geheilt, ein grosser Theil gebessert worden.

F. Krause in Halle (Berlin. klin. Wochenschrift 1889. № 49; 1890, № 17 und 18) behandelte in den letzten zwei Jahren mit gutem Erfolge gegen 80 Fälle von Gelenktuberculose mit Jodoforminjectionen. Unter diesen 80 befanden sich 43 reine Fälle tuberculöser Gelenkerkrankungen, bei denen nach der bisher gangbaren Anschauung nur noch ein eingreifendes operatives Verfahren möglich gewesen wäre.



Krause fand, dass die Jodoforminjectionen namentlich bei Knie- und Handgelenktuberculose von ausgezeichneter Wirkung sind, die Functionsfähigkeit am besten beim Kniegelenk hergestellt wird. Er injicirt das Mittel (10—20%) entweder mit Glycerin oder in einer Schüttelmixtur mit Gummi arab., Glycerin und Aqua dest. Die Injection wird alle 3 bis 4 Wochen vorgenommen; Chloroformnarkose war in den meisten Fällen entbehrlich und sogar bisweilen ambulatorische Behandlung durchführbar. Wenn bald ein neuer Erguss stattfindet, oder die Erkrankung sehr schwer ist, so wird häufiger injicirt als alle 3 Wochen. Krause punctirt mit einem Bauchtroicart das Gelenk resp. den tuberculösen Abscess und spült so lange mit Borsäurelösung aus, bis aller Eiter und etwaige Gewebsfetzen entfernt sind. Dann injicirt er die Jodoformemulsion durch die Troikartröhre. Sofort nach der Injection wird das Gelenk passiv bewegt und massirt, um das Jodoform in möglichst innige Berührung mit den erkrankten Geweben zu bringen. Auch Krause betont die vollkommene Schmerzlosigkeit gleich nach der Injection und die Leichtigkeit des Verfahrens. Ein fester Verband wird nur ausnahmsweise applicirt.

Heussner-Barmen, Trendelenburg-Bonn, v. Eisenberg-Wien, v. Bergmann-Berlin vermögen gleichfalls recht günstige Resultate der Jodoforminjectionsbehandlung bei tuberculösen Gelenkaffectionen aufzuweisen.

Ich erlaube mir in Folgendem über einen Fall tuberculöser Erkrankung des linken Kniegelenkes, complicirt mit tuberculösem Abscess am selben Oberschenkel, zu referiren, in welchem die Jodoformglycerin-Injection ein ausgezeichnetes Resultat geliefert hat.

Anna W., Bauermädchen aus Estland, 14 Jahre alt, wird am 28. Mai 1890 in mein Privathospital aufgenommen.

Anamnese: Vor 4 Jahren stellten sich bei Pat. Schmerzen im linken Kniegelenk ein, welche bei Ruhe schwach waren, sich aber bei Bewegung verstärkten. Vor ca. 3 Jahren gesellte sich zu diesen Schmerzen eine mässige Schwellung des betreffenden Kniegelenkes, welche sich langsam aber stetig vergrösserte. Die Schmerzempfindung erweist sich auf Druck am bedeutendsten in der Gegend des Condyl. ext. femor. Seit zwei Jahren besteht eine sich immer mehr und mehr verstärkende Contractur des Kniegelenkes, Pat. hustete mässig und expectorirte einige Wochen lang gelbliche, mit blutigen Streifen durchsetzte Sputa. Seit 10 Monaten etwa besteht sehr schwacher Husten ohne Auswurf, Patientin vermag ohne Unterstützung nicht mehr zu gehen, da das Bein fast rechtwinklig im Knie flectirt ist und die geringste Erschütterung des Körpers starke Schmerzen verursacht. Vier Wochen vor der Aufnahme in's Hospital bildete sich eine sich schnell vergrössernde, leicht eindrückbare, schmerzlose Schwellung auf der Aussenseite des linken Oberschenkels dicht über dem Kniegelenk. Nach Aussage der Patientin soll der früher behandelnde College constatirt haben, dass sowohl die Erkrankung in der Lunge, als auch diejenige im Kniegelenk in ursächlichem Zusammenhang ständen.

Status praesens: Sehr anämisch aussehendes, abgemagertes Mädchen. Seine Körperlänge ist die einer Erwachsenen. Pat. ist nicht im Stande ohne Stütze zu gehen, der Unterschenkel des linken Beines ist rechtwinklig zu dem schwach adducirten Oberschenkel flectirt. Linkes Knie stark vergrössert, zeigt einen Umfang von 39,5 Ctm., während der Knieumfang rechterseits bloss 32 Ctm. beträgt. Das linke Kniegelenk zeigt grosse Schmerzempfindlichkeit auf Druck ganz besonders am Condyl. ext. femor. An der Aussenseite genannten Gelenkes ca. 2 Ctm. nach hinten und aussen von der Patella lässt sich eine etwas weniger resistente Stelle herauspalpiren. Patella völlig unbeweglich. Etwa zwei Fingerbreiten oberhalb des erkrankten Gelenkes, an der lateralen Seite des Oberschenkels auf dem Vastus extern. befindet sich eine mannsfaustgrosse, längliche, leicht bewegliche, sehr weiche Geschwulst, welche sich als absolut schmerzlos erwies. Active sowohl wie passive Bewegungen im Kniegelenk nicht ausführbar und die Versuche mit den grössten Schmerzen verbunden. Thorax flach, mässige Einziehung über der Clavicula beiderseits. Ueber beiden Lungenspitzen etwas abgeschwächtes Athmen. Temperatur normal, Puls etwas beschleunigt, Husten sehr gering und ohne Auswurf.

Gestützt auf die Anamnese und den Untersuchungsbefund stellte ich die Diagnose auf tuberculöse Entzündung des linken Kniegelenkes, complicirt mit tuberculösem Abscess am Oberschenkel.

Therapie: Chloroformnarkose. Punction des Gelenkes und Abscesses, Ausspülung mit Borsäure und Injection von 15% Jodoform-Glycerin, soll nach der Vorschrift von Krause vorgenommen werden. Nach sorgfältiger Desinficirung der Gelenk- und Abscessoberfläche wird ein grosser Bauchtroikart in den Oberschenkelabscess eingestossen. Es entleert sich anfangs eine mässige Menge einer gelben, etwas trüben Flüssigkeit. Bald jedoch fliesst nichts mehr ab. Durch das Rohr des Troikarts wird 4% Borsäurelösung injicirt, nach Entfernung der Irrigatorspitze fliesst nicht ein Tropfen ab. Auch kräftiges Streichen fördert nichts zu Tage. Das Troikartrohr wird entfernt und es zeigt sich, dass dasselbe durch einen ziemlich grossen, weissen, käsigen Fetzen fest verstopft war. Aus der Wunde stürzt in kräftigem Strahle die injicirte Flüssigkeit, untermischt mit einigen käsigen Klümpchen, hervor. Nachdem die Röhre des Troikarts wieder eingeführt worden war, und zwar durch die schon bestehende Oeffnung, wird wieder Borsäure injicirt. Es fliesst abermals nichts ab, weder durch den Troikart, noch durch die von demselben befreite Einstichöffnung. Es erweist sich daher eine Erweiterung der Wunde als nothwendig, welche mit einer geraden Scheere in einer Ausdehnung von 1 Ctm. nach oben und unten ausgeführt wird. Es entleerten sich sofort nach den Incisionen käsige, zähe, weisse Massen in grosser Menge. Ausräumung der noch zurückgebliebenen Käsemassen aus der Abscesshöhle mit dem Finger und Ausspülung mit Borsäure (4%) so lange bis die Spülflüssigkeit klar abfliesst. Einlegen eines stark bleistiftdicken Drains von 7 Ctm. Länge, nachdem die Incisionen durch einige Seidensuturen wieder vereinigt worden waren. Jodoformgaze-Watte-Verband. In die schon in dem Untersuchungsbefunde erwähnte, weniger resistente Stelle auf der lateralen Seite des Kniegelenkes wird sodann ein Bauchtroikart nach der Patella hin gerichtet, so weit eingestossen, dass er das Gelenk erreicht. Es entleert sich auch hier dieselbe gelbe trübe, mit käsigen Fetzen spärlich durchsetzte Flüssigkeit in geringer Quantität. Dann wiederholt sich dasselbe, wie bei der Punction des Abscesses. Die Punctionsöffnung wird nun im Ganzen um $^1/_2$ Ctm. erweitert, es entleeren sich bröcklige weisse Massen in grosser Menge. Ausspülung mit 4% Borsäurelösung bis dieselbe rein abfliesst. Darauf Injection von Jodof. subtiliss. pulv. 7,5 zu Glycerin. albiss. 50,0 durch die Einstichöffnung vermittelst einer Glasspritze mit recht langem Ausflussrohr, passive Bewegung im Gelenk und Massage desselben, um die Emulsion möglichst überall hinzubringen. Um das auch während der Narkose noch flectirte Bein gerade zu stellen, wird mit mittelmässigem Kraftaufwand langsame Streckung vorgenommen. Die mit einem Jodoformgazebausch bisher gedeckte Kniewunde mit einem Jodoformgaze-Watteverband versehen. Das gestreckt erhaltene Bein kommt auf eine gepolsterte Holzschiene, wo es durch Flanellbinden in der gegebenen Stellung erhalten wird.

29. Mai. 3 Stunden post operat. Temp. 36,8, Puls 76. Starkes Erbrechen, keine Schmerzen. Abends T. 37,3, P. 80.

30. Mai. Das Erbrechen hat aufgehört, wenig Appetit. Morgens T. 37,3, P. 80. Verbandwechsel am Abscess, Ausspülung desselben mit Borsäure 4%, es entleeren sich kleine, vereinzelte käsige Fetzen. Abends T. 37,0, P. 78.

31. Mai. Vollkommenes Wohlbefinden, guter Appetit, keine Schmerzen, Verbandwechsel und Ausspülung der Abscesshöhle. Morgens T. 37,3, P. 78. Abends T. 37,0, P. 78.

1. Juni. Befinden sehr gut. Bei Ausspülung der Abscesshöhle keine Fetzen mehr, Temp. und Puls normal.

2.—4. Juni. Status idem. Verbandwechsel und Ausspülung täglich.

4. Juni. Das mit jedem Tage immer mehr verkürzte Drainrohr wird entfernt, die Suturen werden entfernt, Spülflüssigkeit klar. Die Oeffnung, aus welcher der Drain entfernt wurde, ist so klein, dass eine Injection von Jodof. pulv. 15,0, Glycerin. 100,0 in die Abscesshöhle gemacht wird.

5.—9. Juni. Kein Verbandwechsel. Vollkommenes Wohlbefinden. Pat. trinkt täglich Kefir (3 Glas).

10. Juni. Beide Verbände entfernt. Kniegelenk ist bedeutend kleiner, vollkommen schmerzlos, activ und passiv beweglich. Beide Wunden sehen gut aus und haben sich bedeutend verkleinert. Patella ziemlich beweglich. Nur noch auf sehr starken Druck leise Schmerzhaftigkeit am Cond. extern. fem. Jodoform-Glycerininjection sowohl in den Abscess, als auch ins Kniegelenk in früher schon beschriebener Weise. Verband wie vorher, aber ohne Schiene. Die Injection verursachte der Pat. nicht die geringste Unbequemlichkeit und wurde ohne Chloroform gemacht.

Pat. vermag ohne Schmerzen einige Schritte zu gehen. Die Kefirration auf 4 Bierglas täglich erhöht. Husten kaum mehr vorhanden, in der linken Lungenspitze noch deutlich abgeschwächtes Athmen, in der rechten dasselbe kaum wahrnehmbar. Verbraucht 1,5 Kreosot in einer Woche.

11.—22. Juni. Alles gut. Pat. geht täglich einige Minuten.

23. Juni. Verbandwechsel. Nirgends mehr Druckempfindlichkeit. Punctionsöffnung am Knie vollkommen verheilt, am Oberschenkel von der Grösse eines kleineren Sondenknopfes. Durch letztere Oeffnung eine 15% Jodoform-Glycerininjection gemacht, darauf Jodoformgazeverband.

Pat. hat bedeutend zugenommen (14 ℔). Gelenkumfang am linken Knie um nur $1^1/_2$ Ctm. grösser als am rechten. Patella frei. Das Bein in jeder Weise normal beweglich. Auf ihren Wunsch wird Pat. entlassen und verpflichtet sich in bestimmten



Zeiträumen sich wieder vorzustellen. Kefirgebrauch wird weiter fortgesetzt werden.

Beim Kniegelenk wich die Behandlung unwesentlich von der Krause'schen Methode ab, bei dem Abscess musste anfangs ein anderes Verfahren geübt werden. Die Oeffnung in dem Abscess musste so gross ausfallen, dass eine sofort vorgenommene Jodoform-Glycerininjection wenig genützt hätte. Erst als die Wunde sich zum grössten Theil geschlossen hatte und das Borwasser rein abfloss, wurde injicirt.

Wie aus der Krankengeschichte ersichtlich, hörten in Uebereinstimmung mit den Angaben von Krause, Bruns u. A., die Schmerzen sofort auf und stellten sich während des ganzen Hospitalaufenthaltes keinerlei Beschwerden mehr ein. Die Injectionsbehandlung wirkte so ausnehmend günstig, dass das Bein zwei Wochen nach dem ersten Eingriff vollkommen schmerzlos activ im Kniegelenk bewegt werden konnte. Auch die Heilung der Wunden ging gut von Statten — am 10. Juni wurde durch beide eine Injection gemacht, am 23. Juni zeigte sich die Oeffnung am Knie vollkommen verheilt, diejenige am Oberschenkel war nur noch für einen mässigen Sondenknopf passirbar. Das Kniegelenk hat fast den normalen Umfang und volle Beweglichkeit. Auch nach längerer Behandlung mit desinficirenden Ausspülungen scheint in dem gegebenen Falle die Jodoforminjection einen sehr guten Erfolg gehabt zu haben.

Es wäre sehr wünschenswerth, wenn die beschriebene Methode an der Hand geeigneter Fälle eingehend geprüft und die sich ergebenden Resultate ausnahmslos veröffentlicht würden. Wir können ein Verfahren nur mit Freuden begrüssen, welches uns in den Stand setzt, ohne bedeutende operative Eingriffe einfach und schmerzlos in verhältnissmässig kurzer Zeit den denkbar besten Erfolg zu erzielen.

Referate.

Leopold Casper: Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der Sterilitas virilis. (D. med. W. № 16).

Es handelte sich um einen Fall von Sterilität in Folge von Azoospermie. Der Mann erwies sich als luetisch, und im Verlaufe der antiluetischen Behandlung fanden sich langsam und allmälig wieder die Spermatozoen ein. Bald concipirte die Frau und brachte ein hereditär luetisches Kind zur Welt, während sie selbst keinerlei Zeichen von Syphilis darbot. Max Schmidt.

Prof. Ehrlich und Dr. A. Leppmann: Ueber schmerzstillende Wirkung des Methylenblau. (Deutsche med. Woch. № 23).

Ausgehend von der Erfahrung, die verschiedene Autoren über die Affinität des Methylenblau zum Nervensystem, namentlich zu den Axencylindern der sensiblen und sensorischen Nerven gemacht haben, versuchten die Verf. an der Hand eines grossen Materials (Strafanstalt Moabit) das Methylenblau bei Schmerzen verschiedenen Ursprunges anzuwenden. Zunächst begannen sie mit Injectionen von 0,01—0,08; diese waren schmerz- und reactionslos; schädliche Nebenwirkungen kamen nicht zur Beobachtung. Dann gingen die Verff. zur innerlichen Darreichung über — 0,1—0,5 pro dosi, 1,0 pro die in Gelatincapseln. Bei allen neuritischen Processen, bei Muskel- und Gelenkrheumatismus wirkte das Mittel schmerzstillend. Die Wirkung begann ausnahmslos 2 Stunden nach der Einverleibung des Mittels und steigerte sich allmälig bis zum erheblichen Nachlass, ja bis zur völligen Schmerzlosigkeit. In 1 Falle von Ischias sistirten die hochgradigen Schmerzen schon nach einigen Gaben von Methylenblau. Das Mittel wirkte auch günstig bei der Migräne. Bei Ulcera ventriculi, ebenso bei anderen Organleiden konnten die Schmerzen nicht coupirt werden. Abelmann.

Kürt: Ueber die Behandlung des Laryngospasmus. (Wien. med. Woch. № 22).

In der Gesellschaft der Aerzte in Wien (Sitzung vom 23. Mai 1890) sprach Verf. über die Behandlung des Laryngospasmus. Vor langer Zeit machte er bei einem sechsjährigen Kinde, das im Verlaufe des Keuchhustens von schweren Convulsionen und Stimmritzenkrämpfen befallen wurde, die Entdeckung, dass durch Reizung der Conjunctiva oder der Nasenschleimhaut, also vom Nervus trigeminus aus, eine Hemmung auf den N. laryngeus recurrens ausgeübt werden kann. Verf. suchte nun hiervon Gebrauch zu machen. Er liess den an Laryngospasmus erkrankten Kindern zu Beginn des Anfalles das Bartende einer Kielfeder in die Nasenöffnung einführen, wodurch nahezu momentan jeder Anfall coupirt wurde. Diese Methode bewährte sich auch in curativem Sinne, da nach mehrfacher Anwendung der Methode die Anfälle erloschen. Verf. stellte auch ein 8 Monate altes Kind vor, das seit dem 2. Monate an Laryngospasmen leidet; in den letzten 14 Tagen traten 8—10 schwere Anfälle auf. Seit vier Tagen wird das Kind behandelt, und nach zweimaliger Anwendung der Methode (Nasenkitzel von Dr. Kürt genannt) kehrten die Anfälle nicht wieder. Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. E. v. Bergmann und Dr. H. Rochs: Anleitende Vorlesungen für den Operationscursus an der Leiche. Mit 35 Abbildungen. Berlin 1889. Verlag von August Hirschwald.

Lehrbücher der operativen Technik sind in den letzten Jahren in grosser Anzahl erschienen, die meisten von ihnen haben sich einen guten Namen gemacht und doch wird wohl kaum ein erfahrener Lehrer in seinen Leichencursen ganz ihrer Darstellung folgen, denn fast alle Autoren bemühen sich eine möglichst detaillirte Darstellung aller zur Zeit gangbaren Operationsmethoden zu geben, dadurch sind sie für den schon geübten Operateur, der für den Einzelfall nach einer entsprechenden Methode sucht, sehr nützlich und brauchbar, der Anfänger und Ungeübte findet in ihnen aber nicht den sicheren Halt und wird verwirrt. Ebenso verleiten derartige Leitfaden unerfahrene Lehrer zu dem Abusus, den jungen Studenten für jede Operation eine lange Reihe von Methoden vor zu demonstriren. Letztere Art des Lehrens lässt den Lernenden zu keiner Sicherheit und Feinheit der Technik kommen. „Wer in *einer* Operationsweise gut geschult und sicher geworden ist, ist in den Stand gesetzt, sich an andere, ihm empfohlene, oder neu auftretende Methoden mit der nöthigen Vorbildung, Erfahrung und Kritik zu machen", heisst es in der Vorrede des vorliegenden Leitfadens und es wird wohl jeder Operateur, wenn er an seine erste Lernzeit zurückdenkt, diesen Satz unterschreiben, der das vorliegende Buch charakterisirt. Es werden in demselben von jeder Operation nur eine oder einige Methoden vorgeführt, die die Billigung der beiden Autoren gefunden haben. Besonders angenehm fällt diese Darstellungsweise in dem ersten Abschnitt über die Arterienligaturen auf; aus der Schilderung der topographischen Anatomie der betreffenden Arterie wird *eine* Methode resp. *ein* Hautschnitt abgeleitet, es fehlt gänzlich die Herzählung der vielfachen im Laufe der Zeit vorgeschlagenen Schnittrichtungen, die dem Anfänger das Memoriren der Ligaturmethoden unendlich schwer machen und ihn leicht über den vielfachen Hautschnitten die topographische Anatomie negligiren lassen, ja selbst Verfasser von Operationslehren vergessen über dem Herzählen der Hautschnitte und ihrer Modificationen den eigentlichen Schöpfer der Methode, man erinnere sich an die Hueter-Vogt'sche Lingualisunterbindung, die weder von Hueter noch von Vogt, sondern von Pirogow erdacht ist, nur der Hautschnitt rührt von H. und V. her. Wer die topographische Anatomie gut kennt, braucht die vielfachen Hautschnittvorschriften nicht, oder acceptirt diese oder jene gern als logisches Product der topographischen Anatomie.

Der praktisch-pädagogische Standpunct der Autoren ist in allen anderen Capiteln ebenso durchsichtig und macht das Buch sehr empfehlenswerth vor vielen anderen ähnlichen. Es ist zu bedauern, dass unsere Koryphäen der Wissenschaft nicht häufiger Leitfäden und Lehrbücher verfassen, sondern es jüngeren Kräften überlassen. Man mag noch so viel von wissenschaftlicher Objectivität des Verfassers und wissenschaftlichem selbständigem Urtheil, das von den Lernenden erwartet wird, sprechen, ein guter Theil Autoritätsglaube ist beim Erlernen praktischer Dinge doch nöthig. — Wir glauben vorliegendes Buch Lernenden wie Lehrenden auf das Wärmste empfehlen zu können und nicht irre zu gehen, wenn wir erwarten, dasselbe nächstens in russischer Uebersetzung zu sehen. Tiling.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 4. April 1890.

1) Im Anschluss an die Verlesung des Protokolls der letzten Sitzung fügt Dr. Hampeln zum Fall „Leberabscess nach abgelaufenem Typh. abd." noch hinzu, dass ausser dem angeführten Furunkel noch eine andere Quelle für den eventuell als metastatisch aufzufassenden Abscess in einer bestehenden, bisher nicht erwähnten, Otitis media zu suchen sei. — Ferner referirt Dr. Bernsdorff kurz über den aus seiner Praxis stammenden Fall, von Dr. Hampeln in seinem Vortrage über Leberkrankheiten als „biliäre Lebercirrhose durch Gallengangsverschluss ohne bekannte Ursache" erwähnt. 19jährige Pat., seit 2¾ Jahren icterisch, Stuhl stets entfärbt, im Urin Gallenfarbstoff und Gallensäuren. Zu Beginn soll Pat. ca 6 Wochen hindurch fieberhaft krank gewesen sein. Keinerlei Kolikanfälle. Lues und Potatorium vollkommen auszuschliessen. In den letzten 9 Monaten, wäh-



rend welcher Zeit Pat. in Ref. Behandlung steht, constante Kräfteabnahme, öfters Hemeralopie, bisweilen ganz unregelmässige Fieberbewegungen. Die Regeln sistirten mit dem Auftreten des Icterus. Leber jetzt bis zur Nabellinie reichend, hart, Milz mässig vergrössert. Kein Ascites. Vor 4 Jahren soll die sonst gesunde Pat. einen sich über mehrere Monate hinziehenden Unterleibstyphus (?), mit Lungenentzündung complicirt, überstanden haben.

2. Dr. Dehio — Rothenberg (als Gast): „Ueber neuere Schlafmittel." (Wird in extenso in dieser Wochenschr. erscheinen.)

In der Discussion wirft Dr. Tiling die Frage auf, warum auf der Dorpater Klinik Chloralhydrat vom Gebrauch ausgeschlossen war. Er erkennt die Güte der übrigen Schlafmittel, namentlich des Paraldehyd, gern an, betont jedoch die Vorzüge, welche Chloral diesen Mitteln gegenüber besitzt: leichte Dosirung, die Gaben sind nicht so gross, der Geschmack weniger unangenehm, die Wirkung meist eine prompte. Nebenwirkungen, wie der sog. Chloralrash, sind sehr selten. Ist ein gesundes Herz vorhanden, so wird das Mittel lange Zeit gut vertragen. Todesfälle sind ja bekannt gegeben, doch haben dieselben bei der grossen Häufigkeit der Verordnungen und den namentlich in den 70er Jahren fast immer schadlos angewandten enormen Dosen eine nicht allzu grosse Bedeutung. — Die Wirkung des Hyoscins ist eine höchst beängstigende, es ist kein eigentliches Schlafmittel, es lähmt nur den unruhigen Kranken. Hyoscyamin hat nach Rothenberger Erfahrungen eine angenehmere und auch sicherere Wirkung.

Dr. Dehio: Prof. Kraepelin, der Leiter der Dorpater Klinik, hat sich durch eigene schlimme Erlebnisse und durch Berichte anderer Autoren veranlasst gesehen, dieses Mittel zu verbannen.

Dr. Mercklin erkennt ebenfalls gewisse Vorzüge des Chloralhydrats an, prompte Wirkung, Billigkeit, Möglichkeit, dasselbe gut per Clysma anwenden zu können. Nach den namentlich in neuester Zeit zahlreichen Veröffentlichungen über peinliche Nebenwirkungen ist jedoch das Chloral mit grösserer Vorsicht zu verordnen. Zarteren Individuen gebe man es am besten garnicht. Vortr. berichtet über 2 Fälle, wo er nach ℈jj Chloral per os beängstigenden Collaps gesehen, welcher nach Anwendung von künstlicher Respiration und Injectionen von Aeth. sulf. schwand. Er hat den Eindruck gewonnen, dass schon rein äusserlich die verschiedenen Chloralpräparate verschiedenartig erscheinen, vielleicht sei hierin ein Grund der oft ganz unerwartet eintretenden Vergiftungserscheinungen zu suchen. Paraldehyd und Sulfonal werden fast ausschliesslich aus einzelnen bekannten Fabriken bezogen, was mit dem Chloralhydrat nicht der Fall ist. — Paraldehyd hat Dr. M. schätzen gelernt, seitdem er dreistere Gaben zu geben angefangen, 5,0—6,0. Doch auch dieses Mittel vertragen Neurasthenische bisweilen schlecht. Ein Fall, in welchem nach mittelgrosser Gabe schwerer Collaps eintrat, wird mitgetheilt. — Die grosse Anzahl der modernen Schlafmittel versetzt uns in die angenehme Lage das im gegebenen Fall beste Mittel auszuprobiren und einen häufigeren Wechsel vorzunehmen. — Hyoscin und Hyoscyamin, beides Betäubungsmittel, sollten nur höchst selten zur Anwendung kommen.

Dr. Treymann und Dr. Girgensohn berichten über je einen Todesfall nach Chloralgebrauch beim Delirium tremens. In beiden Fällen war das Mittel eine Zeit lang gut vertragen; in dem ersten Fall trat ganz unerwartet nach ℨβ, im zweiten nach ℨj der Tod schnell ein. Die Section erwies in beiden Fällen bedeutende Herzverfettung.

Dr. Hampeln ist in letzter Zeit nach den in der Literatur bekannt gewordenen Todesfällen vom Chloralhydrat zurückgekommen. Delirium tremens wird mit Opium und Amylenhydrat zur Zufriedenheit behandelt. Letzteres hat sich auch bei im Verlauf von Typh. abd. bisweilen auftretenden Erregungszuständen gut bewährt. Zweifellos günstig wurden Lyssa und Tetanus durch Chloral beeinflusst, günstiger als durch jedes andere Mittel. Urethan, welches namentlich Kindern bei bisweilen auftretender Schlaflosigkeit im Verlauf von Pneum. fibr. gegeben wurde, ferner Chloralformamid, bei Herzkranken angewandt, wirkten recht zufriedenstellend.

Dr. Dietrich berichtet, dass er während seiner Assistenz im allg. Krankenhause in sehr zahlreichen Fällen von Delirium tremens Chloral mit stets befriedigender Wirkung gegeben. Nur in einem Fall trat nach ℨβ Chloral + $^1/_6$ Gr. Morph. bald der Tod ein. Der überaus grossen Unruhe wegen war eine Untersuchung unmöglich gewesen. Die Section ergab eine beginnende Pneumonie.

Nach Dr. Ed. Schwarz's Erfahrungen vertragen Nervöse überhaupt nicht gut Schlafmittel. Amylenhydrat und Paraldehyd lassen für den nächsten Tag nicht so unangenehme Erscheinungen zurück, wie Chloralhydrat. — In einem Falle von Sulfonalgebrauch $1^1/_2$ Jahre hindurch täglich oder bisweilen über den Tag in Gaben von 2,0—3,0 sah Dr. S. eine ganz hervorragende Schwäche und Schlaffheit in den Extremitäten, oberen sowie unteren. Exquisit taumelnder Gang. Sehr langsame Sprache. Das Mittel wurde sofort ausgesetzt, doch schwanden erst nach Wochen die letzten Erscheinungen.

Dr. Hach und Dr. Hübner sprechen sich über Chloral bei Eclampsia inter partum per Clysma angewandt höchst zufrieden aus. Ersterer bevorzugt in letzter Zeit bei dieser Krankheitsform Opium.

Dr. Deubner hat bei Phthisikern mit Urethan 1,0—2,0, mitunter verbunden mit etwas Morphium gegen den Hustenreiz, guten Schlaf erzielt. Sehr zufrieden äussert er sich über das alte Mittel, jetzt wieder neuerdings empfohlen, die hydropathische Leibbinde.

Dr. Voss ist mehrfach in der Lage gewesen, gegen Schlaflosigkeit bei Ohrensausen zarter, anämischer Individuen vorzugehen. Das hier indicirte Ferrum wirkt erst nach längerem Gebrauch. In diesen Fällen bewirkte Phenacetin in kleinen Gaben, 0,2—0,3 2 Mal täglich, meist prompt Schlaf. In einem Falle von nervöser Schlaflosigkeit, längere Zeit schon bestehend, verursachte Phenacetin, zu 0,2 2 Mal täglich gereicht, colossale Müdigkeit und nach 4-tägigem Gebrauch Genesung vom Leiden.

Dr. Dehio: Phenacetin, von Jastrowitz gegen Schlaflosigkeit Hysterischer empfohlen, leistet mitunter gute Dienste. Hysterische schlafen eben nach vielen Mitteln, welche bei anderen Individuen wirkungslos sind.

Dr. Mercklin weist darauf hin, dass das vorzüglichste Schlafmittel bei nervösen Personen ja in der Suggestion bestehe. Eine Hysterica seiner Praxis schlief nach einer subcutanen Injection von Aq. dest., der Schlaf blieb aus bei Unterlassung der Einspritzung.

Als Curiosum führt Dr. Ed. Schwarz an, wie eine Bäuerin durch ein Versehen 4 Drachmen Chloralhydrat auf ein Mal per os genommen. Am nächsten Tage äusserte sie sich sehr anerkennend über die kräftige Medicin, welche sie ohne jeden Schaden getrunken.

Dr. Schmidt hat trotz ausgiebiger Anwendung von Chloralhydrat niemals einen unangenehmen Zufall zu verzeichnen gehabt. — Ueber ein Jahr fortgesetzten Sulfonalgebrauch hat er ohne jeden Schaden verlaufen sehen.

z. Z. Secretär: Dr. Bernsdorff.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 20. März 1890.

1) Dr. Pendin stellt ein 12-jähr. Mädchen vor, welches die Erscheinungen eines *Aneurysma der Aorta ascendens* darbietet. (Der Fall ist veröffentlicht worden in № 22 dieser Wochenschr.).

Dr. Kernig weist zur Begründung dieser Diagnose besonders auf folgende von Dr. Pendin schon im ausführlichen Vortrag erwähnte Puncte hin: Die Aenderung des Dämpfungsbezirkes im Stehen und Liegen lässt einen in der rechten Thoraxhälfte befindlichen, in der Rückenlage zurücksinkenden Tumor annehmen, Residuen eines entzündlichen Processes dagegen (wie pleuritische Schwarten) ausschliessen; der gute Allgemeinzustand wäre mit der Annahme einer Neubildung nicht vereinbar; die Verspätung des Pulses in der Radialis weist endlich direct auf ein Aneurysma hin. Der Umstand, dass keine Erscheinungen von Compression der Brustorgane vorhanden sind, wird erklärlich, wenn man annimmt, dass die aneurysmatische Erweiterung den Anfangstheil der Aorta, dicht am Herzen, betrifft, also nicht das Mediastinum beengt. Geräusche fehlen nach K.'s Erfahrung oft genug sowohl bei sackförmigen, wie bei spindelförmigen Aneurysmen. So hat K. ein sackförmiges Aneurysma beobachtet, welches das Sternum usurirt hatte, als Tumor vor der vorderen Thoraxwand lag und lebhafte Pulsation zeigte, bei welchem aber keine Geräusche, sondern nur die reinen Herztöne zu hören waren. Dr. Pendin hat bei einem Aneurysma selbst kurze Zeit vor der Ruptur jegliches Geräusch vermisst.

Leibmedicus Dr. Hirsch neigt zu der Annahme, dass es sich im vorliegenden Falle nicht um ein acquirirtes, sondern um ein angeborenes Aneurysma handele, weil letztere erfahrungsgemäss häufiger ohne schwerere Störungen ertragen werden. Dr. Kernig betont demgegenüber die Bedeutung der Traumen in der Aetiologie der Aneurysmen.

Prof. Tiling erinnert an die grosse Bedeutung des Geräusches für die Diagnose der traumatischen Aneurysmen (v. Wahl), welche, wenigstens an den Extremitäten meist sackförmig sind: das Fehlen des Geräusches lasse vermuthen, dass das vorliegende Aneurysma, obwohl traumatischen Ursprungs, ein spindelförmiges sei.

2) Dr. Petersen stellt einen 30-jährigen Pat. mit *Pithyriasis rubra universalis* vor. Die Affection gehört zu den seltenen Hautkrankheiten; Hebra hat 15, Caposi 6 Fälle derselben erwähnt; in Russland ist noch kein einziger Fall beschrieben worden, in der Statistik der Polotebnow'schen Klinik wird gleichfalls keiner angeführt. Pat. ist vor 20 Jahren bei Hebra gewesen und hat Letzterer schon damals obige Diagnose gestellt. Gegenwärtig wird die gesammte Haut mit Ausnahme der linken Achselhöhle von der Affection eingenommen, die Haut ist intensiv roth, ganz atrophisch, papierdünn und schuppt in massenhaften grossen trockenen Schuppen ab. Lanugo erhalten, Haupthaar spärlich, Brauen und Wimpern gleichfalls erhalten; Schleimhäute normal; an den Füssen Verdickung der Epidermis und Onychia. In differenzialdiagnostischer Hinsicht kämen allenfalls in Betracht: Eczema universale, Ichthyosis universalis und Lichen ruber universalis. Die Aetiologie der Krankheit ist dunkel.



Anatomisch untersucht sind bisher nur 2 Fälle von Hebra jun. (1876). Letzterer unterscheidet ein entzündliches und ein atrophisches Stadium; an den von Leichen entnommenen Präparaten fand er, wie bei Ichthyosis, eine auffallende Verdünnung der mittleren Epidermisschicht, des sog. „Stratum granulosum" (regenerativum), sowie Atrophie der Schweiss- und Talgdrüsen. Die Therapie war bisher dieser Krankheit gegenüber machtlos. P. glaubt auf Grund des erwähnten anatomischen Befundes von einer Beeinflussung der Schweissdrüsen durch diaphoretische Maassnahmen einen Erfolg erwarten zu dürfen, zumal da ihm die Salicylsäure als Diaphoreticum bei der Ichthyosis bereits gute Dienste geleistet hat.

3) Dr. Westphalen referirt über einen im Deutschen Alexander-Hospital behandelten (zur Veröffentlichung bestimmten) Fall von *Atrophie der Magenschleimhaut, verbunden mit hochgradiger motorischer Insufficienz* (Rosenbach) *der Magenmusculatur* ohne Pylorusstenose. Trotz sorgfältigster Behandlung und Ernährung mit concentrirten Nahrungsstoffen sank das Körpergewicht von Tag zu Tage (bis auf 89 ℔!), was nach der Auffassung des Vortr. ausschliesslich dem Umstande zugeschrieben werden musste, dass relativ zu wenig Mageninhalt in den Darm übergeführt wurde, mithin auch zu wenig resorbirt werden konnte. Um diesen Ausfall zu compensiren, wurde an dem Pat. die *Gastroenterostomie* (von Dr. Selenkow) ausgeführt, in der Hoffnung, durch erleichterten Uebertritt der Ingesta in den Dünndarm dem Pat. das Leben für längere Zeit zu erhalten. Leider ging Pat. am 4. Tage nach der Operation an Collaps zu Grunde, wodurch die epikritische Beurtheilung der Indicationsstellung für die Operation erschwert wird. Durch die Section und nachfolgende mikroskopische Untersuchung wurde die Richtigkeit der Diagnose festgestellt. Es wird der ganze Magen, sowie eine Anzahl von mikroskopischen Schnittpräparaten aus der Magenwand demonstrirt: an letzteren ist die Atrophie der Mucosa und Muscularis (besonders an der grossen Curvatur) evident. Zum Schlusse hebt Vortr. hervor, dass bisher die Gastroenterostomie ausschliesslich wegen impermeabler Pylorusstenose ausgeführt worden ist und mithin in den angeführten Verhältnissen eine neue Indication für diese Operation sich darbietet.

Dr. Selenkow berichtet im Anschlusse hieran über den Gang der Operation (dieselbe soll in der Veröffentlichung genau beschrieben werden). Nach gemachtem Bauchschnitte wurde der Magen contrahirt gefunden; S. wandte sich daher mit der Frage an die behandelnden Collegen, ob er unter solchen Umständen weiter operiren sollte; die Frage wurde bejaht und die Gastroenterostomie ausgeführt. Die hierbei verwandte Darmschlinge stammte aus dem linken Hypochondrium und wurde daher winkelig geknickt, ein Uebelstand, der zu vermeiden ist, wenn eine der Längsrichtung des Magens möglichst parallel verlaufende Schlinge gewählt wird. Für die Operationsöffnung am Magen wurde der tiefste Punct desselben aufgesucht; Vortr. möchte vorschlagen, zu diesem Zwecke kommenden Falles den Magen zur Operation zu füllen (etwa mit sterilisirter Kochsalzlösung), um besser beurtheilen zu können, welcher Punct bei gefülltem Magen thatsächlich der tiefste sei. Ob Fälle, wie der mitgetheilte, eine Indication für die Gastroenterostomie abgeben, scheint Vortr. zweifelhaft; er möchte die genannte Operation nur dann für indicirt halten, wenn die Motilität des Magens vollständig aufgehoben ist und der Mageninhalt also durch die am tiefsten Punct belegene Operationsöffnung, gleichsam wie durch einen Trichter abfliessen soll; so lange noch eine gewisse Motilität besteht, wird der Mageninhalt immer nach dem Pylorus hin bewegt werden, weshalb auch von manchen Seiten gerathen wird, bei Pylorusstenose die Gastroenterostomie möglichst nahe dem Pylorus anzulegen.

Dr. Kernig hat sich im vorliegenden Falle bei der der Operation vorausgegangenen Consultation gegen die Operation ausgesprochen und steht auch jetzt auf dem Standpuncte, dass dieselbe nicht indicirt war. Die Dilatation des Magens war keine sehr hochgradige (die untere Magengrenze stand 2 Stunden nach der Mahlzeit 2 Fingerbreiten *über* dem Nabel); selbst in extremen Fällen, in denen der Magen bis zur Symphyse herabreicht, gelingt es auf therapeutischem und diätetischem Wege die Motilität zu heben und die Insufficienz soweit zu bessern, dass mässige Quantitäten des Mageninhaltes durch den Pylorus in den Darm übergeführt werden. Ueberdies wurde der Magen bei Beginn der Operation contrahirt gefunden und musste, wie Dr. Selenkow mittheilte, herabgezogen werden zwecks Anlegung der Fistel; also war er nicht ganz insufficient und hätte nach K.'s Meinung die Operation aufgegeben werden müssen, da dieselbe in der Voraussetzung einer vollständigen Insufficienz unternommen worden war. Ferner ist K. der Meinung, dass eine vorsichtige Ernährung mit kleinen Quantitäten hier mehr geleistet haben würde, als die Darreichung eines für einen normalen Magen berechneten Quantums. Endlich sei zu berücksichtigen, dass Pat. eine Infiltration des rechten oberen Lungenlappens darbot und bei der Section tuberculöse Cavernen gefunden wurden; der Marasmus sei also, wenigstens zum Theil, auf Rechnung der Tuberculose zu setzen gewesen, ebenso auch die Dyspepsie.

Dr. Westphalen betont, dass dem Pat. die Nahrung in möglichst concentrirter Form gereicht wurde und dass daher eine zu starke Füllung des Magens nicht stattfand; hätte man weniger gegeben, so wäre noch weniger resorbirt worden und der Kranke noch früher verhungert. In dem Umstande, dass der Magen noch ein gewisses Maass von Motilität besass, sieht W. keine Contraindication für die Operation; im Gegentheil werden die Chancen der Letzteren dadurch gebessert; bei ganz aufgehobener Motilität könnte es geschehen, dass die der Operationsöffnung benachbarten abhängigen Partien des Fundus divertikelartig ausgedehnt würden und die Oeffnung unwirksam machten. Was den hier besprochenen Fall anlangt, so hatten alle Versuche, auf therapeutischem und diätetischem Wege die Ernährung zu heben, fehlgeschlagen und blieb als ultimum refugium nur die Operation übrig.

Prof. Tiling hält es ebenfalls für gerechtfertigt, in Fällen, wie der besprochene, wo trotz aller anderweitigen Maassnahmen dem Kranken der sichere Hungertod bevorsteht, den Versuch einer Gastroenterostomie zu wagen.

Dr. Selenkow möchte unter solchen Umständen auch die Anlegung einer Duodenalfistel vorschlagen.

Secretär: Dr. E. Blessig.

Medicinische Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 19. Januar 1898.

Herr Rob. Koch stellt einen Patienten mit Magendilatation vor und demonstrirt an demselben die verschiedenen Methoden zur Bestimmung der Magengrenzen, wobei er der Aufblähung des Magens durch den Schlauch den Vorzug vor der alten Methode der CO_2entwickelung giebt. An der Hand der Anamnese — sehr häufige Ueberladung des Magens, keine deutlichen Ulcuserscheinungen einerseits und auf Grund des chemischen Magensaftbefundes (hohe Superacidität) andererseits, glaubt Koch im vorliegenden Fall als ursächliches Moment für die Magenerweiterung motorische Insufficienz annehmen zu dürfen. Vortragender ist entschiedener Anhänger der Riegel'schen Schule.

Herr Meyer spricht über die «*bimanuelle Correction der 2-ten Unterarten der Schädellagen*" und führt aus, wie sehr sich hier der Mangel einer unschädlichen Methode zur Kunsthülfe fühlbar mache. Die Zangenapplication nach Lange und Scanzoni sei weder ungefährlich, noch im Stande allen Anforderungen zu genügen. Für die Wendung dürfte meist der richtige Zeitpunct verstrichen sein. Vortragender theilt 3 eigene Beobachtungen an Primaparen mit, wo es ihm gelang mit in geeigneter Richtung ausgeübtem Druck auf den Kopf per vaginam und durch die Bauchdecken, sowie auf den Steiss und die Füsse des Kindes die Einstellung des Schädels zu corrigiren, so dass die kleine Fontanelle nach vorn gerichtet werden konnte. In 2 Fällen wurde an den in dieser Stellung fixirten Kopf sogleich der Forceps applicirt; im 3. Falle durch 1/4stündige Fixation in der gewonnenen Stellung der Erfolg für die Dauer gesichert. In allen 3 Fällen hatte der Kopf die Neigung beim Nachlasse des Druckes in die frühere Position zurückzukehren. Die Kinder lebten alle; Wochenbette reactionslos.

Vortragender empfiehlt die Methode zur Nachprüfung und stellt folgende Regeln für die Ausführung derselben auf: die Narkose ist sehr empfehlenswerth. Der Muttermund muss bequem zugänglich sein. Die halbe in die Vagina eingeführte Hand versucht das Occiput nach vorn und unten zu ziehen; mit der anderen Hand wird unter Mitbetheiligung der Hebamme durch anhaltenden gleichmässigen Druck aufs Kinn nach hinten durch die Bauchdecken, durch Druck auf den Steiss in der Fruchtaxe, durch Drängen der kleinen Theile nach hinten die Action der im Innern wirkenden Hand unterstützt. Selbstverständlich sind diese Manipulationen mit genügender Ausdauer zu versuchen.

Otto.

Der II. Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte

findet, wie unseren Lesern bereits bekannt, vom 27. bis 29. August in Wenden statt. Wir freuen uns, zu hören, dass bereits zahlreiche Anmeldungen zu demselben eingelaufen sind und die Betheiligung in diesem Jahre, wie es scheint, eine noch viel regere sein wird, als im vorigen. Wir glauben gern, das annehmen zu müssen, da die schönen anregenden Tage des vorigen Jahres gewiss in jedem Theilnehmer den lebhaften Wunsch erweckt haben, auch dieses Mal nicht zu fehlen, und diejenigen Collegen, die damals verhindert waren zu erscheinen, gewiss soviel des Guten über jenen ersten Aerztetag gehört haben, dass sie den zweiten nicht versäumen wollen. Und die bekannt schöne Lage der kleinen Stadt, die dieses Mal die versammelten Collegen beherbergen soll, wird gewiss auch ihre Anziehungskraft nicht verfehlen. Wenn aber nur jeder hinkommen könnte, der da wollte. Da giebt's Hindernisse genug für den Arzt, besonders den Landarzt. Hoffentlich erweist es sich, dass der für dieses Jahr gewählte Termin bequemer ist, als der vorige und jedenfalls sollte sich Jeder die grösste Mühe geben die Hindernisse aus dem Wege zu räumen, um einige Tage im Kreise der Collegen wissenschaftliche Anregung und angenehmen collegialen Verkehr zu geniessen. Was die erstere anbetrifft, so theilen wir nachstehend das Programm des II. Aerztetages mit, aus dem Jeder ersehen kann, dass

es an anregenden Vorträgen nicht fehlen wird; am Vorabend des Eröffnungstages, Sonntag den 26. Aug. 8 Uhr, wird Dr. Heerwagen einen populären Vortrag halten über „den Kampf mit den Infectionskrankheiten".

Wir machen hier nochmals darauf aufmerksam, dass Jeder, der an dem Aerztetage theilnehmen will, sich zeitig bei Dr. Gähtgens anmelden möge, da die Unterbringung der Gäste in der kleinen Stadt sonst Schwierigkeiten bereiten würde.

Programm:

Die Eröffnung des Aerztetages findet statt

Montag den 27. August 1890, 1 Uhr Nachmittags.

Tagesordnung:

I. Sitzung von 1—3 Uhr.

1. Rechenschaftsbericht des Cassaführers.
2. Festsetzung des Ortes und der Zeit des nächsten Aerztetages, sowie statutenmässige Wahlen laut § 8 der Statuten.
3. Berathung über die von Seiten der Gesellschaft livländischer Aerzte zu ergreifenden Maassnahmen behufs Bekämpfung der Lepra, nebst Referat des Herrn Dr. W. Zoege v. Manteuffel, betreffend die Einrichtung der Leproserien in Norwegen.
4. Bericht der auf dem I. Aerztetage gewählten Commission in Sachen der Gründung einer „Pensionscasse für Wittwen und Waisen der Aerzte".

II. Sitzung von 5—9 Uhr.

1. a) Demonstration einer Collection pathologisch-anatomischer Präparate, sowie Vortrag des Herrn Prof. R. Thoma: „Ueber Arteriosclerose".
   b) Vortrag des Herrn Dr. S. Krannhals und Demonstration bacteriologischer Präparate und Culturen.
   c) Referate aus der Praxis der Aerzte, betreffend die Wirkung einzelner neuer Arzneimittel.
2. Vorträge und Discussion über folgende von den Aerzten angekündigte Themata:
   a) „Der Seeschlamm, sein Ursprung und seine Verwendung" . . . . O. Koppe.
   b) „Ueber Blutveränderungen bei Anämie" C. Dehio.
   c) „Seltene Complicationen beim Abdominaltyphus" . . . . W. v. Kieseritzky.
   d) „Zur Ernährung im Typhus" . . . . . R. Wolferz.
   e) „Ueber Cholagoga und deren therapeutische Verwendnng" . . . . E. Stadelmann.

Dienstag den 28. August.

Tagesordnung:

Sitzung von 8—1 Uhr.

1. Verlesung des Protokolles der Sitzungen des vorigen Tages.
2. Besichtigung einer Ausstellung neuerer chirurgischer Instrumente, exponirt von betreffenden Fabrikanten.
3. Vorträge und Discussion über folgende von den Aerzten angekündigte Themata:

A. a) „Das Indicationsgebiet der Gelenkresectionen" (mit Krankenvorstellung) . . . . A. v. Bergmann.
b) „Zur differentiellen Diagnose der Darmocclusion" . . . . W. Zoege v. Manteuffel.
c) „Tetanus traumaticus" . . . . W. v. Rieder.
d) „Operative und Dilatationsbehandlung von Larynxstenosen" (mit Krankenvorstellung) . . . A. v. Bergmann.

B. a) „Ectropium-Operation mittelst Thiersch'scher Hauttransplantation" . . . . Th. v. Schröder.
b) „Ueber Alkoholamblyopie" . . . A. Lenz.
c) „Die nichtoperative Behandlung des Schielens" . . . . C. Dahlfeld.
d) „Zur Statistik des Trachoms und Vorschläge zur Bekämpfung der Weiterverbreitung desselben" . A. Oehrn.

2 Uhr Nachmittags:

Gemeinsamer Ausflug der versammelten Aerzte in die Umgegend der Stadt Wenden.

Mittwoch den 29. August.

Tagesordnung:

I. Sitzung von 9—12 Uhr.

1. Verlesung des Protokolles der Sitzung des vorigen Tages.
2. Demonstration u. Erläuterung einzelner, hygienischen Zwecken dienender Apparate von Seiten der Herren Aerzte.
3. Vorträge und Discussion über folgende von den Aerzten angekündigte Themata:
   a) „Ueber Desinfection der Oberkleider" . . B. Körber.
   b) „Die Classification der Verletzungen" (cfr. St. Petersb. med. Woch. 1890, № 4) . . Ch. Ströhmberg.
   c) „Zur Aetiologie und Therapie der Tabes dorsalis" . . . . E. Schwarz.
   d) „Ueber Dementia paralytica bei Frauen" . A. Mercklin.

II. Sitzung von 2—6 Uhr.

1. Vorträge und Discussion über folgende von den Aerzten angekündigte Themata:
   a) „Zur Hebammenfrage" (Correferenten Dr. N. v. Stryk und Dr. Katterfeld) . . . Joh. Meyer.
   b) „Zur Behandlung der Fehlgeburt (Abortus et partus immaturus)" . . . . H. Brehm.
   c) „Graviditas extrauterina" . . . . M. Treymann.
   d) „Ueber des Ehemannes Veto gegen dringend indicirtes operatives Engreifen bei seiner Frau" . . . . L. Kessler.
   e) „Ueber Behandlung der Parametritis" . . . N. v. Stryk.
   f) „Zur Therapie der Geburt bei Vorderscheitellage" . . . . Joh. Meyer.
2. Berathung über etwa wünschenswerthe Abänderung oder Ergänzung der Statuten (cfr. § 23 der Statuten).
3. Verlesung des Protokolles der heutigen Sitzungen.

Schluss.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— M. Dujardin-Beaumetz berichtete in der Academie de Méd., dass er mit Dr. Monnet, seit dem Jahre 1884, auf Grund seiner Beobachtungen im Cochin-Hospital, dargethan habe, dass die *Colanuss* eine kräftigende Wirkung auf die allgemeine Ernährung und speciell auf die Blutcirculation ausübe. Die Tinctur dieser Nuss in täglicher Gabe von 4—10 Gramm und selbst eine Infusion besitzen eine bemerkbare Wirkung bei Herzleiden. Dieses kann nicht Verwunderung erregen, da die Colanuss die zwei- bis dreifache Menge Coffein wie der Caffee enthält. D. kann nach neuen klinischen Beobachtungen die zuerst von Dr. Monnet erwähnte diuretische Wirkung der Colanuss bestätigen und meint, dass diese Wirkung dem Coffein und Theobromin, die in ihm enthalten sind, zuzuschreiben ist. Der Tanningehalt des Mittels wirkt günstig bei Diarrhoeen; schliesslich ist die roborirende Wirkung der Colanuss, bei der die sogen. „rothe Substanz" derselben eine Rolle spielt, zu erwähnen. Germain Sée erwähnt, dass nach den letzten Forschungen die günstigen Wirkungen der Colanuss nur auf den Coffein- und Theobromin-Gehalt zu schieben ist. Das Theobromin habe den Vorzug vor dem Coffein, dass es weder das Nervensystem reizt, noch den Schlaf stört. (Sem. méd. № 22.)

— Troujen (Sistow) fasst die sog. *„Nona"* auf Grundlage dreier Beobachtungen (Schlafsucht mit Fieber, Verstopfung und leichten Reiz- und Lähmungserscheinungen) als eine klinisch und pathologisch-anatomisch abnorm verlaufende Cerebrospinalmeningitis auf. (Berl. klin. Woch. № 22.)

— Michael (Giessen) theilt einen Fall mit, in welchem bei einem 20jährigen an *Diabetes mellitus* und Coma diabeticum verstorbenen Manne bei der Section ein freier *Cysticercus racemosus im IV. Hirnventrikel* und ausgedehnte Veränderungen des Ependyms des Ventrikels gefunden wurden.

(D. Arch. f. kl. M. Bd. 44. — Centralbl. f. d. med. W.)

Vermischtes.

— *Ernannt zu ordentlichen Professoren*: der ausserordentl. Professor der Physiologie an der Universität Tomsk Dr. Weliki und der ausserordentl. Professor der Pharmacie an derselben Universität Lehmann.

— *Verstorben*: 1) Am 9. August n. St. der Warschauer Professor der Geburtshilfe, Gynäkologie und Pädiatrie, Wirkl. Staatsrath Dr. Ludwig Adolph Neugebauer, im 70. Lebensjahre an Gehirnapoplexie in Berlin, wohin er zur Theilnahme am internationalen medicinischen Congress gekommen war. Der Hingeschiedene stammte aus Kalisch und hatte seine medicinischen Studien anfangs in Dorpat (1841—42), dann im Auslande gemacht. Nachdem er als Arzt in Breslau und dann in Kalisch fungirt hatte, wurde er 1857 Docent der Anatomie, später der Gynäkologie an der Hochschule in Warschau, an welcher er mehr als drei Jahrzehnte gewirkt hat. Der Verstorbene ist als medicinischer Schriftsteller recht fruchtbar gewesen, seine grössten Werke sind seine beschreibende „Anatomie" und sein „Lehrbuch der Gynäkologie", welche beide in polnischer Sprache geschrieben sind. — 2) In Charkow am 23. Juli der frühere bulgarische Arzt Demetrius Polyjektow, welcher durch eigene Unvorsichtigkeit unter einen Eisenbahnzug gerathen war und zu Tode gequetscht wurde. Der Verstorbene war früher lange Zeit Arzt in Bulgarien, in letzter Zeit aber Buchhändler in Charkow. — 3) In Paris Prof. Dr. Siredey, Verfasser des Werkes: „Les maladies puerperales". 4) In Toulouse Prof. Toussaint, bekannt durch seine Arbeiten über Tuberkulose, Milzbrand, Hühnercholera u. s. w.

— Zum *Decan der Berliner medicinischen Facultät* für das Lehrjahr 1890/91 ist der bekannte Epidemiologe Prof. Dr. August Hirsch gewählt worden.

— Der Privatdocent Dr. Uhthoff in Berlin ist zum Professor der Augenheilkunde in Marburg als Nachfolger des nach Hei-

delberg übersiedelnden Prof. Schmidt-Rimpler berufen worden.

— Der Director der chirurgischen Klinik in Jena, Prof. der Chirurgie Dr. Braun, hat einen Ruf an die Universität Königsberg erhalten.

— Der Rector der Moskauer Universität macht bekannt, dass keine weiteren Anmeldungen zum Eintritt in die medicinische Facultät angenommen werden, da die Zahl der Medicinstudirenden im I. Semester bereits complet ist.

— Laut Circulars des Medicinal-Departements d. d. 9. Juli 1890 hat der Medicinalrath verfügt: *die öffentlichen hypnotischen und magnetischen Seancen zu verbieten* und die Anwendung des Hypnotismus zu Heilzwecken nur mit Genehmigung der Administrationsbehörde den Aerzten zu gestatten und zwar nicht anders, als in Gegenwart anderer Aerzte. Diese Verfügung des Medicinalraths ist auf Initiative der Gesellschaft Nowgorod'scher Aerzte erfolgt.

— Der Landschaftsarzt J. Mollesson wird ein *neues medicinisches Blatt* unter dem Titel „Саратовскій Санитарный Обзоръ" (Ssaratow'sche Sanitäts-Revue") herausgeben, welches 2 Mal monatlich erscheinen wird.

— Wie wir bereits mitgetheilt haben, ist zum nächsten Versammlungsort des internationalen medicinischen Congresses Rom gewählt worden. In letzter Stunde hatte noch die Stadt Chicago eine Einladung an den Congress für 1893, in welchem Jahre dort eine Weltausstellung stattfindet, ergehen lassen; diese Einladung konnte als verspätet nicht weiter berücksichtigt werden. Prof. Sklifassowski (Moskau) hat auf dem Congress die Hoffnung ausgesprochen, dass der intern. med. Congress nach Rom in Russland tagen werde. Die Ansprachen der Delegirten der verschiedenen Nationen auf der letzten allgemeinen Sitzung des intern. med. Congresses gestalteten sich zu einer Friedensdemonstration, wie ihresgleichen noch nicht dagewesen. Die Redner überboten einander in Lobsprüchen, Huldigungen für Deutschland, Berlin, den Congress, das Organisationscomité und Professor Virchow. Bei dem Rechnungsabschluss des Congresses wird ein Ueberschuss von etwa 20,000—30,000 Mark erwartet. Grosse Kosten wird der Druck des Sammelbandes machen, in dem die wesentlichen auf dem Congress gehaltenen Vorträge und Referate zum Abdruck gelangen. Der erste Theil dieses Sammelwerkes soll im Herbst d. Jahres den Congressmitgliedern übersandt werden.

— Kaum ist der internationale medicinische Congress in Berlin geschlossen worden, so steht in Deutschland wieder ein Aerzte-Congress bevor, nämlich die *63. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte*, welche vom 15.—20. September n. St. d. J. in *Bremen* tagen wird. Die Geschäftsführer dieser Versammlung, Dr. H. Pletzer und Prof. Dr. Fr. Buchenau, laden alle Naturforscher, Aerzte und Freunde der Naturwissenschaften zum Besuche dieser Versammlung ein. Obwohl die Versammlung nach den Statuten eine Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte ist, so ist doch die Betheiligung fremder Gelehrten stets im hohen Grade willkommen geheissen worden und werden dieselben auch diesmal freundlichst eingeladen. Dies gilt namentlich von den Mitgliedern des in Berlin stattgehabten internationalen medicinischen Congresses. Jeder Theilnehmer an der Versammlung entrichtet einen Beitrag von 12 Mark und erhält dafür eine Festkarte, ein Abzeichen und die für die Versammlung bestimmten Drucksachen; zugleich erwirbt er damit Anspruch auf die Lösung von Damen-Festkarten zum Preise von 6 Mark. Bei der Berathung und Beschlussfassung über die Angelegenheiten deutscher Naturforscher und Aerzte sind nur die Mitglieder dieser Gesellschaft, welche ausser dem Theilnehmerbeitrag noch einen Jahresbeitrag von 5 Mark zn entrichten haben, stimmberechtigt. Karten für das Festessen im Parkhause kosten 5 Mark.

Eine Ausstellung wissenschaftlicher Apparate, Instrumente und Präparate wird diesmal mit der Versammlung nicht verbunden sein. Festliche Aufnahmen, Vergnügungen u. s. w. werden den Theilnehmern der Versammlung und ihren Damen in splendidester Weise geboten werden. Der Künstlerverein, die Gesellschaften Museum und Union haben alle Theilnehmer an der Versammlung nebst deren Damen als Ehrengäste zum Besuche ihrer Räumlichkeiten eingeladen. Der Vorstand der gegenwärtig in Bremen statthabenden nordwestdeutschen Gewerbe- und Industrieausstellung, welche wir aus eigener Anschauung als durchaus sehenswerth empfehlen können, gewährt in ähnlicher Weise allen Theilnehmern an den beiden Tagen, an welchen gesellige Vereinigungen im Parkhause stattfinden, freien Eintritt in die Ausstellung. Die Stadt beabsichtigt ein Fest zu Ehren der Gäste zu geben. Für den Schlusstag (20. Sept. n. St.) sind Ausflüge nach Bremerhaven, Sylt und Norderney in Aussicht genommen. Der Norddeutsche Lloyd gewährt den Theilnehmern freie Fahrt und Rückfahrt nach Bremerhaven und Norderney, wo Freiquartiere und andere Vergünstigungen in Aussicht gestellt sind. Die Badeverwaltung von Sylt wird einen Dampfer in Bremerhaven bereit halten und gewährt den Theilnehmern freie Fahrt nach Sylt, Freiquartier daselbst und ein Banket.

Da der Fremdenverkehr in Bremen im September wahrscheinlich ein sehr bedeutender sein wird, so ist den auswärtigen Gästen zu empfehlen, sich wegen der Wohnung rechtzeitig an den Vorsitzenden des Empfangs- und Wohnungs-Bureaus, Herrn Herrmann Frese (Ansgariikirchhof № 1) zu wenden.

— Im Atelier eines Zahnarztes in Lille ist vor Kurzem ein *Todesfall durch Cocain* vorgekommen. Es war einem jungen Mädchen behufs Erzeugung von Gefühllosigkeit bei einer Operation Cocain in das Zahnfleisch injicirt worden. Der Tod trat noch vor der Operation ein.

— Der amerikanische Prediger Mollinger in Pittsburg (Pensylvanien), welcher sich *Specialist für «Heilung von Krankheiten durch den Glauben»* nennt, soll durch seine „Praxis" ein Vermögen von ca. 2 Millionen Dollars erworben haben.

(Philadelphia Medical and Surg. Reporter. — Wr.)

— Kreisphysikus Dr. Heynacher in Westpreussen hat mittelst Anfragen an die Kreisphysiker des preussischen Staates Auskünfte *über die Personen, die als Nichtärzte das Heilen von Krankheiten gewerbsmässig betreiben*, eingezogen, deren Resultate recht interessant sind. Nach Ausschluss der grossen Städte beträgt die Zahl der *Curpfuscher* in 137 Kreisen 411, d. h. pro Kreis 3, wobei das en gros betriebene Pfuscherthum und der Geheimmittelschwindel nicht mitgerechnet sind. Von diesen 411 Personen waren 55 Frauen, die, mit ganz wenigen Ausnahmen, sich aus dem Handwerker- und Arbeiterstande rekrutiren. Unter den 356 Männern waren 10 Geistliche, 33 Lehrer (sämmtlich Elementarlehrer), 9 Subaltern- und Unterbeamte, 101 Handwerker und Krämer, 20 Schäfer, 60 Landleute, d. h. kleinere Hof- und Stellenbesitzer resp. Krüger, 30 dem Arbeiterstande Angehörende, wie Tagelöhner, Arbeiter, Kutscher etc., endlich 93, die sich als Naturarzt, Heilkünstler, Krankenconsulent etc. bezeichnen, darunter relativ viel Barbiere, Heilgehilfen, Droguisten, Winkeladvocaten und sogenannte verkommene Existenzen. Ausserdem noch in manchen Orten Geistliche, Gutsbesitzer und adlige Damen, die meist homöopathisch behandeln. Fast in jedem Dorfe giebt es einen curirenden „Schäfer", „Ziehmann", „Renker", „Gliedsetzer", oder eine „kluge Frau", „Kräuterfrau" etc. Mehrere von ihnen haben sogar eine Privatklinik, in welche sie Kranke aufnehmen. Ein Heilgehilfe schickte, um verantwortungsfreier dazustehen, der Regierung seine Bestallung zurück, und in einem Falle wurde ein mit Krankenbehandlung sich beschäftigender Tabaksspinner als Cassenarzt angestellt, jedoch auf Betreiben des zuständigen Kreisphysikus entlassen. In einem Orte in Hannover bildete ein sogenannter Homöopath eine eingetragene Genossenschaft, in die sich Leute mit 3 Mark pro Kopf und Jahr einkauften. Gerade die aus den ungebildeten Ständen hervorgegangenen Pfuscher werden übrigens mit Vorliebe von hochgestellten und gebildeten Personen consultirt. — Interessant ist, dass, wie im „Aerztlichen Centralanzeiger" mitgetheilt worden, ein sich als „Specialist für Diphtheritis" bezeichnender Stellenbesitzer in Goglau gegen einen Dr. Kleine, der sich über die Curpfuscherei öffentlich in einem Artikel eines Schweidnitzer Blattes scharf ausgesprochen hatte, folgende Erklärung veröffentlichte: „Allen denjenigen Familien, wo Herr Dr. Kleine prakticirt, verweigere ich auf das Bestimmteste meine Hilfe in Diphtheritisfällen". *H. Rieger* in Goglau.

(Deutsche Med.-Beamten-Ztg. — A. m. C.-Ztg.).

— Die *Choleraepidemie in Spanien* herrscht noch ungeschwächt fort. Nach officiellen Mittheilungen sind bisher 1600 Choleraerkrankungen mit 788 Todesfällen vorgekommen.

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 5. August a. c. 5363 (56 weniger als in der Vorwoche); darunter 343 Typhus- (49 weniger), 413 Syphilis- (9 mehr), 70 Scharlach- (12 weniger), 16 Masern- (3 weniger), 16 Diphtherie- (1 mehr) und 22 Pockenkranke (2 weniger als in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 29. Juli bis 4. August 1890.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
235	201	436	101	35	71	10	7	16	38	41	34	33	30	14	5	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 11, Febris recurrens 3, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 8, Masern 10, Scharlach 17, Diphtherie 8, Croup 3, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 6, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicämie 4, Tuberculose der Lungen 56, Tuberculose anderer Organe 0, Alcoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 35, Marasmus senilis 14, Krankheiten des Verdauungscanals 78, Todtgeborene 20.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie, herausg. v. Prof. Dr. R. Frommel in Erlangen. II. Jahrgang. Bericht über das Jahr 1888. — Wiesbaden 1889. Verlag von Bergmann. Preis 14 Mk.

Geschichte der Seuchen, Hungers- und Kriegsnoth zur Zeit des 30-jähr. Krieges von Dr. Gottf. Lammert. — Wiesbaden 1890. Verlag von Bergmann. Preis 8 Mk.

Uterus und Auge, eine Darstellung von Dr. Salo Cohn, mit einem Vorwort von Dr. E. Pflüger. — Wiesbaden 1890. Verlag von Bergmann. Preis 6 Mk.

Die menschlichen Haltungstypen und ihre Beziehungen zu den Rückgratsverkrümmungen von Dr. med. Fr. Staffel. Mit 20 Abbild. und 1 Tafel. — Wiesbaden 1889. Verlag von Bergmann. Preis 3,60 Mk.

Die rationelle Diagnostik und Therapie von Dr. J. Neisser in Breslau. — Wiesbaden 1890. Verlag von Bergmann. Preis 2,70 Mk.

Ueber den Bau der Bacterien und verwandter Organismen. Vortrag von Bütschli. Mit 1 lithogr. Tafel. — Leipzig 1890. Winter'sche Verlagshandlg. Preis 1,50 Mk.

A septic and unusual form of lung disease, existing in the Missisipi Valley, during the years 1886—87, 88—89, 90. By Prof. William Carr, Glascow, M. D. — From the Americ. Journal of the med. sciences. Masch 1890.

Les jodures et la thérapeutique. Mements pratique par L. Foucher d'Orléans. — Paris 1890, chez l'auteur, Boulevard de Sebastopol № 20.

Карманные обеззараживающіе приборы для дыханія и куренія табаку Проф. Д-ра Кремянскаго. Съ рисунками. — С.-Петербургъ 1890. Типо-литогр. Шмидта.

Ueber den inneren Gebrauch des Ichthyols v. Prof. Dr. v. Nussbaum in München. — Berlin 1888. D. Liebreich. Sonderabd. aus Therap. Monatshefte 1888, Heft 1.

Beitrag zur äusseren und inneren Anwendung des Ichthyols von Prof. Nils Osn. Gadde in Lund. — Sonderabd. aus Therap. Monatshefte 1890, Heft 3.

Archives de médecine et de chirurgie pratiques, publiées par Dr. Stocquart. 3-me fascicule. — 1888.

On the self-regulation of respiration, by Meltzer, New-York. — Reprinted from the New-York Med. Journal 1890.

Preuss. Medicinal-Verein. Officieller Bericht über die 7. Hauptversammlung zu Berlin am 11. und 12. Sept. 1889. — Berlin 1889. Fischer's med. Buchhandlg.

Die Auscultation des kindlichen Herzens vou Dr. Carl Hochsinger. — Wien 1890. Moritz Perles.

Handwörterbuch der öffentlichen Gesundheitspflege, herausgegeben von Dr. O. Dammer. I. Lief. mit 19 Abbild. — Stuttgart 1890. Verlag von Ferd. Enke. Erscheint in 10—12 Lieferungen à 2 Mk.

Terminologica Media Polyglotta, by Th. Maxwell — London 1890.

Lehrbuch der Zahnheilkunde von Dr. Ludwig Brandt. Mit 155 Abbild. — Berlin 1890. Verlag von Aug. Hirschwald.

Atlas der gerichtlichen Medicin von Dr. A. Lesser. Lief. II. — Breslau 1890. Verlag von S. Schottländer.

Influenza, von Dr. Kusnezow und Dr. Herrmann-Charkow, nach dem Russischen bearbeitet von Dr. J. Drozda. — Wien 1890. Verlag von Safar.

Arbeiten des Pharmakologischen Instituts zu Dorpat, herausgegeben von Prof. R. Kobert. IV. Mit 1 Tafel in Farbendruck. — Stuttgart 1890. Verlag von Ferd. Enke.

Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde, herausgegeben von Prof. Dr. Alb. Eulenburg. 2. umgearb. u. verm. Auflage. — Wien und Leipzig 1889. Urban & Schwarzenberg. 191. bis 200. Lief. Erscheint in Heften. Preis pro Heft 1 Mk. 50 Pf. Preis pro Band (10 Hefte) 15 Mark.

Wreden's Sammlung kurzer med. Lehrbücher, Bd. XI.: Handbuch der Ohrenheilkunde von Prof. Dr. B. Kirchner in Würzburg. Berlin 1890. Preis 4,60 Mk.

Jackson'sche Epilepsie nach Influenza von Dr. Erlenmeyer in Bendorf a. Rh. — Sep.-Abdr. aus Berl. kl. Woch. 1890, № 13.

Учебникъ фармакологіи Д-ра. Б. Шапиро. — С.-Петербургъ 1890. Типограф. Скороходова.

Ueber die Behandlung des nachfolgenden Kopfes mit besonderer Berücksichtigung des Mauriceau'schen Handgriffes von Dr. K. A. Herzfeld. — Leipzig und Wien 1890. Fr. Deuticke.

Die inneren Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane, dargestellt von Prof. Dr. P. Fürbringer. 2. umgearb. u. verm. Auflage mit 18 Abbild. — Berlin 1890. Verlag v. Fr. Wreden.

Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft von Prof. L. Kleinwächter. 2. gänzlich umgearb. Auflage. — Wien und Leipzig 1890. Urban & Schwarzenberg. Preis 2,50 Mk.

Impotentia et Sterilitas virilis von Dr. Leop. Casper in Berlin. — München 1890. Finsterlin. Preis 5 Mk.

Lehrbuch der Arzneimittellehre, bearb. von Prof. Bernatzik und Prof. Vogl. II. Aufl., 1. Hälfte. — Wien und Leipzig 1890. Urban & Schwarzenberg. Preis 9 Mk.

Pathologie und Therapie der Krankheiten des Respirationsapparates. I. Band: Diagnostik der Lungenkrankheiten von Prof. Dr. A. Fränkel. — Wien und Leipzig 1890. Urban & Schwarzenberg. Preis 10 Mk.

Pathologie und Therapie der Rückgratsverkrümmungen von Dr. L. Seeger in Wien. Mit 90 Holzschn. Sep.-Abdr. aus der „Wiener Klinik". — Wien und Leipzig 1890. Urban & Schwarzenberg. Preis 3 Mk.

Дозв. ценз. Спб. 10 Августа 1890 г. Herausgeber Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.

XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,
St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur **Dr. Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 33 St. Petersburg, 18. (30.) August **1890**

Erfahrungen über einige neuere Schlafmittel.

Vortrag, gehalten den 4. April 1890 in der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga

Von

Dr. med. Heinrich Dehio,
Assistenzarzt in Rothenberg bei Riga.

Die bei der Behandlung der Schlaflosigkeit geltende Regel, dass Schlafmittel erst nach dem Versagen aller anderen schlafbringenden Proceduren Anwendung finden dürfen, andererseits die nicht seltenen Ausnahmen derselben, wo sofortiges Erzwingen des Schlafes um jeden Preis gefordert wird, heischen eine genaue Kenntniss der gebräuchlichen Hypnotica, damit nicht durch weiteres Herumprobiren der Kranke noch geschädigt werde. Ich halte es daher nicht für überflüssig, durch Mittheilung der auf der Dorpater Klinik für Nerven- und Geisteskranke in den letzten Jahren gemachten Erfahrungen einen Austausch der Meinungen über die Wirkung der neueren Schlafmittel herbeizuführen.

Das Krankenmaterial der Klinik setzt sich zusammen zum grösseren Theil aus frischen Psychosen, häufig mit Aufregungszuständen, zum kleineren Theil aus alten verzettelten Hysterien, Neurasthenien, Morphinisten, Alkoholikern etc. Die dauernd gewordene Ueberfüllung der Klinik bei fehlerhafter Anlage derselben gaben Anlass, in beiden Gruppen von Fällen ausgiebig Schlafmittel anzuwenden; so war genügend Gelegenheit geboten, die guten, wie auch, namentlich in der zweiten Gruppe von Fällen, die schlechten Seiten der neueren Schlafmittel kennen zu lernen, besonders da das Chloralhydrat, seitdem Prof. Kraepelin die Leitung der Klinik übernommen (1886, II) principiell nicht mehr gegeben wurde[1]). So fehlt mir freilich auch der gebräuchliche Maassstab, an dem die Wirkung eines neueren Schlafmittels gemessen zu werden pflegt. Ebenso bin ich nicht im Stande genauere Zahlenangaben über das Procentverhältniss von Erfolgen etc. bei jedem Mittel zu geben, welche übrigens nur einen sehr bedingten Werth besitzen, da genauere Bekanntschaft mit dem Mittel durch präcisere Indicationsstellung auch dem entsprechend bessere Erfolge erzielen wird.

Meine Erfahrungen über Schlafmittel datiren vom August 1886; damals hatten sich das Paraldehyd und Urethan schon einen festen Platz im Arzneischatz erworben, das Hyoscin wurde gerade von meinem damaligen Dienstcollegen Dr. A. Sohrt auf seine therapeutische Brauchbarkeit geprüft, im folgenden Jahre kam das Amylenhydrat und im Sommer 1888 das Sulfonal. Alle diese Mittel sind seit ihrem ersten Erscheinen fast täglich im Gebrauch, während einige andere Mittel nach kurzer Prüfung fallen gelassen wurden.

Das erste derselben ist das *Hypnon,* eine stark nach bitteren Mandeln und Orangen riechende Flüssigkeit von brennendem Geschmack, welches in Gaben von 10—15 Tropfen gegeben wurde, aber seinen Namen nicht rechtfertigen konnte, denn eine unzweifelhafte Wirkung auf den Schlaf war nur selten zu constatiren. Dagegen zwangen in jedem Falle trotz vorsichtigster Application von Seiten des Magens auftretende Störungen zum dauernden Aussetzen des Mittels.

Auch das *Methylal,* von Krafft-Ebing in subcutaner Anwendung gegen Delirium tremens empfohlen, hat in zwei geeigneten Fällen versagt. Wo es in anderen Fällen von Schlaflosigkeit versucht wurde, musste auch zu den gebräuchlichen Mitteln gegriffen werden.

Das *Chloralamid* ist erst in einer zu kleinen Anzahl von Fällen angewandt worden, als dass ich mir ein abschliessendes Urtheil erlauben dürfte. Die Erfolge waren übrigens auch nicht bedeutender, als sie mit den übrigen Schlafmitteln erzielt werden können.

Das souveraine Schlafmittel in der Klinik war und ist jetzt das *Paraldehyd,* welches genau genommen nicht den neueren Schlafmitteln zugezählt werden darf, da es schon 1883 in die Praxis eingeführt wurde. Leider wird es aber noch nicht in dem verdienten Maasse gewürdigt, woran hauptsächlich zwei Eigenschaften desselben schuld sind, nämlich sein schlechter Geschmack und der Geruch, welcher sich bei der Ausscheidung durch die Lungen den Patienten und seiner Umgebung in unangenehmer Weise bemerkbar macht. Aber namentlich der Geschmack wird viel

[1]) In der, diesem Vortrage folgenden Debatte konnte Dr. Mercklin über 2 Fälle von schwerem Collaps mit besonders hervortretenden Respirationsstörungen nach Chloral berichten, und die Herren Dr. Girgensohn und Dr. Treymann je einen Todesfall nach Chloralgebrauch bei Delirium tremens namhaft machen. Von anderer Seite wurde dagegen mit Recht hervorgehoben, dass das Chloral wegen der Promptheit seiner Wirkung und Nichteintreten von Gewöhnung immer noch den ersten Platz unter den Schlafmitteln beanspruchen kann.

schlechter geschildert, als er wirklich ist: die Patienten gewöhnen sich nach wenigen Gaben vollständig an denselben und werden bald zu Verehrern des Mittels; kein Fall ist mir erinnerlich, wo das Paraldehyd, nachdem es einmal genommen, später allein aus diesem Grunde zurückgewiesen wurde. Der anfangs recht lästige Geruch der Exspirationsluft wird auffallender Weise bei längerem Gebrauch von Tag zu Tag geringer, sodass er später gesucht werden muss, während er anfangs das ganze Zimmer erfüllt. Hierbei will ich noch erwähnen, dass es nicht gerade Morphinisten und Alkoholiker waren, die eine besondere Vorliebe zum Mittel zeigten, wie Jastrowitz anführt.

Pharmakologisch wird das Paraldehyd als reines Schlafmittel definirt; in der Klinik sind auch niemals andere Wirkungen auf das Centralnervensystem als die rein Schlaf bringende beobachtet worden. Die Thatsache, dass ein unter Paraldehyd Schlafender zu jeder Zeit geweckt werden kann und sofort vollkommen munter ist, konnte oftmals constatirt werden. Einmal hatte ich aber auch Gelegenheit, den Verlauf des Schlafes nach einer Gabe von 13,0 während der ganzen Nacht selbst zu beobachten. Der Kranke, ein Morphio-cocainist auf der Höhe der Abstinenz, schlief fest, aber auch sehr unruhig, denn die der Morphiumabstinenz eigene Muskelunruhe blieb vom Paraldehyd unbeeinflusst. Als er infolge dieser Unruhe fast aus dem Bette gefallen wäre, wurde er geweckt, half selbst das Bett in Ordnung bringen, um dann weiter zu schlafen. Dieses Fehlen einer narcotischen Wirkung äussert sich auch darin, dass nach dem Erwachen fast nie über Kopfschmerz, Benommenheit etc. geklagt wird: die Kranken fühlen sich frisch und erquickt, soweit es ihr Zustand gestattet. Ebensowenig habe ich jemals Klagen darüber gehört, dass der Schlaf durch Träume gestört werde; er wurde immer als ruhig und angenehm geschildert und selbst beim Ausbleiben der Wirkung ist der Zustand nicht lästig. — Die Wirkung des Paraldehyds tritt schon wenige Minuten nach dem Einnehmen ein, nach 10 Minuten ist meist schon unüberwindliches Schlafbedürfniss vorhanden und nach ca. 20 Minuten fester Schlaf. Aber schon nach 7—8 Stunden ist die Wirkung vorüber. Aus der klinischen Beobachtung ergiebt sich nun, dass in den beiden ersten Stunden der Schlaf am tiefsten ist, dagegen in den folgenden Stunden bei schwacher Wirkung durch Aufwachen unterbrochen wird; bei hochgradiger Schlaflosigkeit lässt sich demgemäss oft nur Schlaf für die ersten 2 Stunden nach dem Einnehmen erzielen. Auch hierin zeigt die Paraldehydwirkung eine grosse Aehnlichkeit mit dem physiologischen Schlaf, für den Kohlschütter nachgewiesen hat, dass das Maximum der Schlaftiefe auf die ersten Stunden fällt, um dann rasch abzunehmen und bis kurz vor dem Aufwachen sich auf derselben geringen Höhe zu halten. Eine experimentelle Bestätigung dieses Parallelismus liegt freilich noch nicht vor, doch leitet sich daraus eine Anwendungsweise des Paraldehyds ab, welche sich in geeigneten Fällen gut bewährt hat. Liegt bei schwerer Schlaflosigkeit die Indication vor, für die ganze Nacht Schlaf zu schaffen, so liess ich der gewöhnlichen Abendgabe von 5,0—6,0 eine zweite von 3,0—4,0 folgen, die sofort nach dem Aufwachen zu nehmen war. So bin ich immer mit Gaben von höchstens 9,0—10,0 pro nocte ausgekommen, und jene oben erwähnte Gabe von 13,0 ist nur einmal und zwar von demselben Kranken bei einer erneuten Entziehungscur überschritten worden. Wenn Krafft-Ebing in seiner vor Kurzem erschienenen Arbeit über Schlaflosigkeit sogar bis 20,0 zu gehen gestattet, so bin ich doch überzeugt, dass man mit viel geringeren Quantitäten auskommt und möchte entschieden von so grossen Gaben abrathen. Denn das Paraldehyd hat neben seinen Vorzügen auch manche Schattenseiten. Einmal bleibt zuweilen die Wirkung aus, oder es lässt sich selbst mit starken Gaben nur kurzer Schlaf erzielen, und dann tritt bald Gewöhnung ein, welche sich freilich durch vorübergehenden Gebrauch anderer Schlafmittel immer ausgleichen lässt. Diesen Nachtheilen gegenüber besteht der immense Vortheil, dass es selbst in grossen Gaben die Herzthätigkeit und die Respiration unbeeinflusst lässt und mithin seine Anwendung keine augenblickliche Gefahr für den Kranken involvirt, wie es beim Chloral in so hohem Grade der Fall ist. Ich kann mir nicht versagen, hier eine Erfahrung über die Unschädlichkeit des Paraldehyds fürs Herz anzuführen.

Die Kranke A. B. wurde seit 1884 wegen motorischer Aphasie und Hemiplegie in der Klinik verpflegt. Das ursächliche Leiden war ein Herzfehler, der von mehreren Autoritäten als Aortenaneurysma diagnosticirt worden war. Zur Zeit bestand hochgradige Compensationsstörung, gegen die schon alle Herzmittel vergeblich angewandt worden waren. Durch Verwechselung mit einer gleichnamigen Kranken erhielt Pat. den für letztere bestimmten Schlaftrunk von Paraldehyd 5,0, und wachte nach einer sehr guten Nacht am anderen Morgen ohne besondere Beschwerden von Seiten des Herzens auf. Nach wenigen Monaten stellte sich bei der Section heraus, dass ausser dem diagnosticirten Aortenaneurysma eine narbige Stenose der Pulmonalis dicht oberhalb der Klappen bestand, die das Lumen bis auf Bleifederdicke verengt hatte, ausserdem fand sich Obliteration einer Carotis communis und andere minder wichtige Störungen im Gefässsystem.

Auch in der Literatur finden sich keine Angaben über schädliche Wirkungen des Paraldehyds auf's Herz. Auch die von Eickholdt[2]) bei längerem Paraldehydgebrauch beobachteten Störungen in den peripheren Gefässen habe ich ebenso wie andere Beobachter nicht gesehen.

Oft recht störend können die Wirkungen des Paraldehyds auf den Verdauungstractus und den allgemeinen Ernährungszustand werden. Wie schon der scharfe Geschmack verräth, ist dasselbe für den Magen nicht gleichgiltig, und wenn der Verdauungstractus schon sehr geschwächt ist, kann, wenn auch recht selten, eine heftige Reaction in Form von Durchfällen eintreten. Für diese unangenehme Prädisposition muss ich namentlich den Alkoholmissbrauch verantwortlich machen, denn von der Frauenabtheilung ist mir nur ein Fall dieser Art in Erinnerung, während auf der Männerabtheilung Durchfälle nach Paraldehyd nicht allzuselten beobachtet wurden. Freilich ist absolute Reinheit des Mittels unbedingtes Erforderniss: dasselbe darf Lakmuspapier nicht röthen. Die Handelspräparate, namentlich das Schering'sche Paraldehyd sind genügend verlässlich, können aber durch Aufbewahren am Tageslicht oder in schlecht schliessenden Flaschen leicht sauer werden. — Anderer Art sind die nach längerem monatelangem Paraldehydgebrauch auftretenden Erscheinungen. Dann sinkt allmälig der Appetit, das Gesicht bekommt ein eigenthümlich graufahles Colorit, die Haut wird welk und trocken, das Körpergewicht sinkt, doch niemals ist Somnolenz oder sonst eine wesentliche Störung der Psyche vorhanden. Auch das Auftreten dieser Erscheinungen ist individuell sehr verschieden. In einem Falle, in dem dieselben sehr exquisit entwickelt waren, gestattete leider die Unzugänglichkeit der Kranken keine genauere Untersuchung; namentlich eine Blutuntersuchung wäre am Platze gewesen, da Fröhner[3]) am Thiere durch Paraldehyd Methaemoglobinaemie erzeugen konnte. Aber auch die Folgen des chronischen Paraldehydgebrauches sind nicht zu fürchten, denn sie schwinden sehr schnell nach dem Aussetzen des Mittels. In manchen Fällen konnte ich sie dadurch aufhalten, dass ich nach Analogie des Aufbisses der Schnapstrinker, den Kranken ein kleines Butterbrod nach dem Einnehmen des Paraldehyds verzehren liess, eine Vorsichtsmaassregel, die ich namentlich bei der Verordnung in refracta dosi niemals unterliess; ich glaube seitdem weniger Verdauungsstörungen erlebt zu haben.

Diese schleimhautreizende Wirkung des Paraldehyds

[2]) Deutsche med. Wochenschr. 1883, № 49.

[3]) Zur Toxikologie des Paraldehyds. Berl. klin. Woch. 1887, № 37. Referat. Allgem. Zeitschr. für Psych. 1888, pag. 89.



störte auch sehr die Application per Klysma, welche in manchen Fällen nöthig wurde; schon nach wenigen Tagen traten Tenesmen und Durchfälle auf. Ebenso ist es zur subcutanen Anwendung ganz ungeeignet. Dispensirt wurde das Paraldehyd rein, um erst kurz vor dem Einnehmen in ca. $^1/_2$ Bierglas einer stark versüssten Mischung von einfachem Rothwein und Wasser verrührt zu werden. Zum Klysma wurde das Paraldehyd mit dickem Gummischleim emulgirt.

Ein dem Paraldehyd wenigstens gleichwerthiges Mittel ist das von Mering empfohlene *Amylenhydrat*. Dasselbe hat neben dem Paraldehyd in der Klinik nur eine Nebenrolle gespielt, trotzdem es wohl im Stande ist, dieses vollkommen zu ersetzen, wenn ich auch nicht zugeben kann, dass es in den gebräuchlichen Gaben sicherer als Paraldehyd wirke. Diese zweite Stellung verdankt es hauptsächlich dem Umstande, dass sein Geschmack namentlich den an Paraldehyd gewöhnten Kranken widerstand.

In der Wirkungsweise unterscheidet es sich nicht wesentlich vom Paraldehyd; die Wirkung tritt ebenso schnell ein und dauert ungefähr ebenso lange. Dagegen wurde zuweilen über Kopfschmerz und Benommenheit als unangenehme Nachwirkung geklagt. Es scheint das Paraldehyd insofern glücklich zu ergänzen, als es bei den Kranken, die auf letzteres mangelhaft reagiren, besonders gut zu wirken scheint, und umgekehrt, wie ich noch in letzter Zeit an zwei Fällen wiederholt beobachten konnte. Ein unschätzbarer Vorzug des Amylenhydrats vor dem Paraldehyd besteht darin, dass es den Verdauungstractus sehr wenig belästigt. Wenn das Paraldehyd wegen Durchfällen etc. ausgesetzt werden musste, konnte Amylenhydrat ohne Schaden verabfolgt werden. Auch als Klysma applicirt, schädigt es die Mastdarmschleimhaut fast garnicht; in einem Falle habe ich 14 Tage hindurch jeden Abend ein Klysma von 3,0 appliciren lassen, ohne dass auch nur die geringsten Störungen eintraten.

Erwähnen will ich noch, dass das Amylenhydrat auch gegen Epilepsie, besonders im Status epilepticus empfohlen worden ist. In einem Falle ist es mir auch regelmässig gelungen, die serienweise auftretenden Anfälle, denen eine schwere, Tage lang andauernde Verwirrtheit zu folgen pflegt, im ersten Beginn durch einige Gaben Amylenhydrat zu unterdrücken; in einigen anderen Fällen liess es mich freilich im Stich. Gegeben wurde das Amylenhydrat ebenso wie Paraldehyd, in Gaben von 2,0—6,0.

Das mild wirkende *Urethan* wird auch noch gerne angewandt. In Gaben von 3,0—6,0 bewirkt es in geeigneten Fällen einen schnell eintretenden, angenehmen und genügend langen Schlaf, ohne dass ihm eine schädliche Beeinflussung des Herzens und der Respiration nachgesagt werden kann. Nur von zwei Kranken habe ich Klagen darüber gehört, dass das Urethan lebhafte Träume schreckhaften Inhaltes verursache. Ich würde diesen Beobachtungen keine Beachtung schenken, da beide Kranke Hysterici und zu gleicher Zeit in der Anstalt waren, wenn nicht die Wirkung des Urethans durch das in ihm vorhandene Alkoholradical erklärt würde, und der Alkoholschlaf bekanntlich bei vielen Personen sehr unruhig und durch Träume gestört ist. Jedenfalls wäre dieser Punct im vorkommenden Falle zu beachten. Bei längerem Gebrauche können leicht Verdauungsstörungen eintreten; da aber sehr bald Gewöhnung erfolgt, so wird das Mittel meist früher fortgelassen, ehe diese schlechte Eigenschaft zur Geltung kommt. Bei schon vorhandenen Verdauungsstörungen ist aber hierauf Rücksicht zu nehmen.

Angewandt wurde das Urethan fast nur in solchen Fällen, wo eine leichte, aber doch lästige Schlaflosigkeit bestand, bei der aus irgend einem Grunde die heroisch wirkenden Schlafmittel nicht am Platze schienen. So namentlich bei Reconvalescenten, körperlich sehr schwachen Kranken etc. Wenn das Urethan genügenden Schlaf bewirkte, konnte man ziemlich sicher auf baldiges Aufhören der Schlaflosigkeit rechnen.

Das *Sulfonal* hat, wie überall, so auch in der Dorpater Klinik sich schnell das Bürgerrecht erworben. Nicht wenig trug dazu bei, dass es als rein weisses, geschmackloses, nur in Lösung schwach bitteres Pulver gern genommen wurde. Lästig ist nur die schwere Löslichkeit in Wasser, da es zur Erzielung einer prompten Wirkung unbedingt in Lösung genommen werden muss. In den ersten Monaten seiner Anwendung wurde es wohl als Pulver gegeben, doch machten wir ebenso wie die anderen Beobachter damals nur unliebsame Erfahrungen mit dem Mittel; die Schlafwirkung war unsicher, am folgenden Tage wurden die Kranken durch Müdigkeit, Schwere der Extremitäten belästigt.

Die Grösse der Gaben schwankte zwischen 1,0—4,0 in einem Glase heissen Wassers gelöst; über letztere Gabe hinauszugehen wurde niemals nöthig. Die Wirkung ist nicht so prompt, wie beim Paraldehyd und Amylenhydrat, und beginnt, im Gegensatz zu diesen, allmälig. Ungefähr $^1/_2$ Stunde nach dem Einnehmen fühlt der Kranke eine allmälig zunehmende Müdigkeit, welche von der physiologischen sich subjectiv nicht unterscheidet. Der Schlaf dauert recht lange, oft 9—10 Stunden und bei grossen Gaben bleibt auch für den folgenden Tag die Müdigkeit und Schlafsucht bestehen. Ist die Wirkung nur gering, so tritt Schlaf oft erst gegen Morgen ein, also ganz entgegengesetzt den reinen Hypnoticis, deren Hauptwirkung auf die erste Hälfte der Nacht fällt. Bei leichter Schlaflosigkeit war auch die von anderen Beobachtern vielfach hervorgehobene Nachwirkung auf die folgende Nacht zuweilen zu bemerken, die bei einigermaassen schwerer Schlaflosigkeit freilich nicht auftritt. Dagegen ist bei fortgesetztem Gebrauch eine cumulative Wirkung zu constatiren, indem anfangs wirkungslose Gaben später Schlaf erzielen. Die Ursache hierfür ist zum Theil in der langsamen Resorption und Ausscheidung des Mittels zu suchen, da die letzten Spuren erst nach 2 Mal 24 Stunden den Körper verlassen. Die langsam zur Geltung kommende Wirkung gab auch Anlass, das Sulfonal in refracta dosi bei schweren Aufregungszuständen zu versuchen, wo sonst die reinen Schlafmittel zu versagen pflegten, oder nur für wenige Stunden Schlaf ohne folgende Beruhigung brachten. Der Erfolg war ausgezeichnet, namentlich in einem Falle hochgradiger menstrueller Aufregung bei apathischem Blödsinn, wo selbst Hyoscin nur ganz vorübergehende Wirkung erzielt hatte.

Um die nach grossen Abendgaben am folgenden Tage auftretende Müdigkeit zu vermeiden, wurde zuweilen eine vorbereitende Dosis von 1,0 mit dem Nachmittags-Kaffee in Pulverform und zum Abend 2,0 in Lösung gegeben, womit mehr erreicht werden konnte, als mit 3,0 in einmaliger Gabe. Bei längerem Gebrauch treten aber bald Nebenwirkungen auf, welche schon Kast beim Thierexperimente als erstes Vergiftungssymptom beobachten konnte, nämlich neben dauernder Schlafsucht eine motorische Schwäche und ataktische Störungen. Die Kranken schwanken beim Gehen, können nicht im Gleichgewicht bleiben und drohen umzufallen, wenn sie nicht eine Stütze für die Hand finden. In sehr ausgebildetem Maasse konnte ich diesen Zustand bei einer Morphinistin beobachten, auffallender Weise ohne Somnolenz, wie in den später vorkommenden, bedeutend geringer entwickelten Sulfonalataxien. Damals gaben wir das Sulfonal noch in Pulverform; vielleicht, dass die Hochgradigkeit der Störung, wie Kast will, hiermit zusammenhing, vielleicht auch, dass der Morphinismus, wie Ziehen und Jastrowitz angeben, die Sulfonalwirkung in dieser Weise beeinflusst.

Durch diese Wirkung auf's motorische Gebiet nähert sich das Sulfonal den Bromsalzen; sie veranlasste mich auch, dasselbe in refracta dosi bei maniakalischen Zuständen zu versuchen. Durch eine solche Sulfonalcur wurde aber nur eine vorübergehende Beruhigung erzielt, nicht aber schnellere Genesung. Im Gegentheil folgte in einem Falle

von periodischer Manie mit langdauernden Anfällen der Erregung eine sehr intensive reactive Depression, welche sich in früher noch nicht dagewesener Weise über mehrere Monate hinzog. Bei einer acuten Manie wurde die Kranke schwachsinnig. Ich kann aber in diesem Falle das Sulfonal kaum beschuldigen, da die Kranke vom Beginne an sehr in der Ernährung heruntergekommen war und trotz guter Nahrungsaufnahme sich körperlich nicht erholte.

Viel schlimmere Erfahrungen machte ich in zwei Fällen von Paralysis progrediens. Beide Kranke befanden sich noch im ersten Stadium, und wurden durch lebhaften Sammeltrieb und Zerreissen sehr störend, ohne dass gerade hochgradigere motorische Unruhe bestand. In der Hoffnung, durch Sulfonal dauernde Müdigkeit zu erzeugen, so dass die Kranken das Sammeln und Zerstören aufgeben, gab ich Sulfonal 1,5 pro die in refracta dosi. Nach ca. 10 Tagen war in dem einen Falle der gewünschte Erfolg erzielt, im anderen Falle hatte die Unruhe und das Zerreissen noch mehr zugenommen, beide Kranke aber wurden in dieser kurzen Zeit tief blödsinnig und blieben es, trotz Aussetzen des Sulfonals. Kurze Zeit darauf fand ich eine Warnung Erlenmeyer's vor dieser gefährlichen Eigenschaft des Sulfonals, leider zu spät für beide Kranke. Die schon herangezogene Analogie mit der Bromwirkung wird dadurch noch vollständiger, nur dass die durch Brom hervorgerufene Demenz schwindet, während das Sulfonal dauernde Schädigung hervorzurufen scheint. Jedenfalls darf man diese Seite der Sulfonalwirkung nicht aus dem Auge verlieren.

Auch die vielgerühmte Indifferenz des Sulfonals dem Verdauungstractus gegenüber ist nicht zweifellos, wenn ich auch zugeben muss, dass es in der übergrossen Mehrzahl der Fälle ausgezeichnet vertragen wird. Nur in einem Falle wurde das Mittel sofort ausgebrochen, sowohl in Pulverform als auch in Lösung. In zwei anderen Fällen entwickelten sich aber sehr unangenehme Störungen. In beiden war freilich der Verdauungstractus nicht mehr von normaler Widerstandsfähigkeit: eine Patientin, Hysterica, hatte einige Monate vorher eine Ovariectomie überstanden, wobei Magen und Darm durch die Vor- und Nachbehandlung arg mitgenommen waren, die andere Pat., ein interessanter Fall von ärztlicherseits hervorgerufenem Alkoholismus, litt an der entsprechenden Schwäche des Magens. Bei beiden trat nach kurzem Gebrauch des Sulfonals (höchstens 1,5 pro die) ein heftiger Magencatarrh auf, der durch sehr hochgradige Schmerzen und lange Dauer die Kranken auf's Aeusserste herunterbrachte. Der Catarrh war sicher nur durch Sulfonal veranlasst, da jeder Versuch, das Mittel wiederum zu geben, sofort die heftigsten Schmerzanfälle hervorrief, so dass sogar zum Morphium gegriffen werden musste, welches sonst bei der Behandlung der Hysterie verpönt ist.

Ich habe absichtlich alle schlechten Erfahrungen aufgezählt, welche ich bei Anwendung des Sulfonals gesammelt habe, um die übermässigen Lobeserhebungen auf ihr richtiges Maass zu reduciren. Das Sulfonal kann sicher bei längerem Gebrauch ein gefährliches Mittel werden, wenn man den Kranken nicht sorgfältig im Auge behält; bei nicht zu häufiger Anwendung, im Wechsel mit anderen Mitteln, bleibt es aber ganz ungefährlich, selbst in grösseren Gaben, da die bei medicinischen Dosen auftretenden acuten Erscheinungen keine Gefahr involviren.

Die genannten Mittel reichten für die gewöhnlichen Formen von Schlaflosigkeit und die leichteren psychischen Aufregungszustände vollkommen aus. In der psychiatrischen Praxis kommen aber nicht zu selten Fälle vor, in denen theils hochgradige motorische Unruhe die Wirkung der reinen Schlafmittel nicht aufkommen lässt, theils die Annahme derselben verweigert wird und doch Schlaf um jeden Preis geschafft werden muss. Dann wurde zum *Hyoscin* (H. muriaticum) in subcut. Anwendung gegriffen, welches fast ausnahmslos Schlaf erzwang, ohne dass jemals mehr als 1 Mgrm. gegeben zu werden brauchte. Vor der Anwendung desselben bei der rein nervösen Schlaflosigkeit möchte ich aber durchaus warnen; in allen diesen Fällen, wo wir es versucht, bewirkte es nur die unangenehmsten Erscheinungen, wie auch Erb erfahren musste. Sein Gebiet ist gekennzeichnet und begrenzt durch das Symptom hochgradiger motorischer Unruhe, besonders der primären, wie bei der Manie und Paralyse, weniger der secundären bei den schweren Depressionszuständen. Da das Mittel ausserhalb der Mauern einer Irrenanstalt höchstens beim Transport Geisteskranker als Beruhigungsmittel angewandt werden dürfte, kann ich mich hier auf die Angabe der Dosirung beschränken. Im vorkommenden Falle würde ich rathen, das erste Mal nicht mehr als 0,5—0,6 Mgrm. zu geben, und erst wenn der Grad der individuell sehr verschiedenen Wirkung festgestellt ist, zu höheren Dosen zu schreiten; mehr als 1,0 Mgrm. wird niemals nöthig werden.

Ueber die Indicationen für die einzelnen Schlafmittel, welche sich im Laufe der Zeit auf der Dorpater Klinik herausgebildet haben, lässt sich naturgemäss nicht viel allgemein giltiges sagen. Bei der Besprechung der Wirkung der verschiedenen Hypnotica habe ich natürlich die secundäre Schlaflosigkeit infolge von Schmerzen etc. ganz ausser Acht gelassen; auf diesem Gebiete wird natürlich auch das Morphium in Anwendung gezogen werden müssen, welches sonst bei der chronischen nervösen Schlaflosigkeit der eminenten Gefahr des Morphinismus wegen durchaus gemieden werden muss. — Bei der Wahl des Schlafmittels ist ausser dem Grade der Schlaflosigkeit sehr oft auch das Verhalten des Kranken der Schlaflosigkeit gegenüber maassgebend, wie er sie psychisch und somatisch verträgt. Bei den leichteren Formen der neurasthenischen Schlaflosigkeit kommt man oft vollkommen ohne Schlafmittel aus, und nur wenn der Kranke sehr dringend wird, verschafft man ihm durch Sulfonal eine ruhige Nacht. In einigen Fällen von acuter neurasthenischer Schlaflosigkeit, bei der der Kranke in hohem Grade aufgerieben wird, muss man schon zum Paraldehyd oder Amylenhydrat greifen, doch kommt man oft mit Gaben von Paraldehyd 3,0, selbst 2,0 vollkommen aus: es scheint, als ob der Anstoss, welchen die plötzlich einsetzende Wirkung des Mittels giebt, genügt, den ersehnten Schlaf hervorzurufen und festzuhalten. In diesen Fällen, ebenso bei den leichteren Fällen von Schlaflosigkeit bei Psychosen, ist auch ein regelmässiger Wechsel des Mittels, nach Jehn's[*]) Vorgang, wohl am Platze. Nach demselben Principe ist auch die Schlaflosigkeit der Reconvalescenten medicamentös zu behandeln.

Die eigentliche Domaine der reinen Schlafmittel sind aber die acuten Psychosen, wo oft die Indicatio vitalis deren Anwendung erheischt. Namentlich bei der Behandlung der reinen Melancholie mit ihrer quälenden Schlaflosigkeit hat sich das Paraldehyd gut bewährt, doch ist hier auf die Dauer die volle Schlafgabe von 5,0 erforderlich. Ebenso hat es mich bei den einfachen maniakalischen Erregungszuständen, bei der Verrücktheit in ihren verschiedenen Formen, bei der progressiven Paralyse, der acuten Demenz etc. selten im Stich gelassen. Das Sulfonal wurde in diesen Fällen nur angewandt, wenn die anderen Mittel vorübergehend ausgesetzt werden mussten, sonst in protrahirter Anwendung nur bei den Aufregungszuständen secundär Schwachsinniger, bei der periodischen Manie, überhaupt dort, wo eine Schädigung der Psyche kaum in Frage kommen konnte. — Wurde das Schlafmittel verweigert, oder trat die reine Schlaflosigkeit gegenüber der motorischen Unruhe zurück, so musste freilich an das Hyoscin appellirt werden. Dieses hat uns aber auch bis auf wenige Fälle von Delirium acutum niemals den Dienst versagt.

*) Bericht über d. rheinische Provinzial-Irrenanstalt in Merzig. Köln 1889, pag. 77 u. ff.



Ein Lithopaedion im rudimentären Horn eines Uterus bicornis mit Schwangerschaft des anderen Hornes complicirt.

Von
Dr. Rudolf Elbing
in Rudbahren (Curland).

Am 8. Mai a. c. wurde die lettische Bäuerin A. F. auf dem Gute Berghof in Curland von einer Hebamme entbunden. Da dieselbe eine Zwillingsschwangerschaft diagnosticirt hatte mit Querlage der einen Frucht, so wurde ich hinzugezogen, um die Entbindung zu leiten.

Die Bäuerin A. F., 34 a. n., von kräftigem Körperbau, gut entwickeltem Pan. ad., II-para, bekam ihre Regel, die stets regelmässig am 28. Tage eintrat, im 14. Jahre und hat im Februar 1889 zum ersten Male geboren. Während dieser ersten Schwangerschaft ist der Leib ungewöhnlich gross gewesen und wurden auf beiden Seiten desselben Kindsbewegungen gefühlt, die jedoch auf der linken Seite gegen Ende der Schwangerschaft ganz aufhörten. Nachdem die A. F. rechtzeitig von einem noch jetzt lebenden und gut gedeihenden Mädchen entbunden worden, sei der Leib auffallend umfangreich geblieben, so dass die sie damals entbindende Hebamme gesagt haben ssll: „Na, Sie bleiben aber noch eine dicke Mutter!" Nach dieser Entbindung habe Wöchnerin schon am 2. Tage das Bett verlassen und sich 3 Wochen vollkommen wohl gefühlt. Hierauf habe sich ein starkes Brennen in der linken Seite des Leibes eingestellt mit heftigem Fieber. Nachdem beides, sowohl das Fieber als das Brennen, ca. 4 Wochen angehalten, habe sich Patientin wieder ganz gesund gefühlt und alle häuslichen Arbeiten verrichten können, obgleich die Vergrösserung des Leibes unverändert fortbestanden haben soll. Auch die Regeln haben sich wieder eingestellt und seien regelmässig erschienen bis Ende Juli 1889, wo dieselben ausblieben. Seit dieser Zeit datirt die letzte Schwangerschaft, die, ohne irgend welche Beschwerden zu verursachen, bis zum normalen Ende verlief und Patientin in ihren häuslichen Verrichtungen niemals störte. Bei meiner Ankunft am 8. Mai 1890 war schon die Geburt eines Kindes erfolgt, und machte die Hebamme über den Verlauf derselben folgende Angaben:

„Bei der äusseren Untersuchung der Leib stark ausgedehnt, doch so, dass von der Herzgrube aus fast bis zum Nabel sich eine oben ca. 4 Querfinger breite nach unten sich verschmälernde Furche zeigte. Rechts der Rücken und nach oben ein grosser Theil und kleine Theile zu fühlen. Links ebenfalls ein Rücken, aber nach dem linken Darmbeine gerichtet, ferner ein grosser Theil gegen den Nabel hin und ein anderer nach der linken Weiche gerichtet. Während aber rechts deutlich Herztöne zu hören und kräftige Kindsbewegungen zu fühlen waren, bemerkte man von beiden links nichts. Bei der inneren Untersuchung die äusseren Geschlechtstheile, die Scheide und die Beckenmaasse normal, der Muttermund verstrichen, die Blase sprungfertig. Die Wehen, die sich vor sechs Stunden eingestellt hatten, waren regelmässig, kamen alle 5—10 Minuten und dauerten ca. 2—3 Minuten, wobei sich die Blase stark vordrängte. Nach dem Blasensprunge erfolgte die Geburt eines reifen, lebenden, $6\frac{1}{2}$ ℔ schweren Knaben in 10 Minuten. Der Blutverlust war sehr gering. Die Placenta noch nicht entfernt, die Blase und der Mastdarm leer, die Wöchnerin sich sehr wohl fühlend".

Das Letztere konnte ich auch bei meiner Ankunft, einige Stunden nach der Entbindung, bestätigen, da ich die Wöchnerin in freudig bewegter Stimmung antraf, und dieselbe über keinerlei Beschwerden zu klagen hatte. Der Puls 60, kräftig, die Temperatur nicht erhöht, die Haut etwas feucht, die Blase und der Mastdarm leer, der Leib aber noch immer sehr umfangreich, die Nabelfalten verstrichen. Fruchttheile lassen sich deutlich durchfühlen, der Rücken nach links und ein grosser Theil im linken Hypochondrion. Die Fruchttheile fühlen sich dabei eigenthümlich hart und fest an, dagegen Herztöne und Kindsbewegungen nicht wahrnehmbar, wohl aber eine reichliche Menge Flüssigkeit, die der Hebamme als eine innere Blutung imponirt hatte, so dass sie die wie ein Tampon in der Scheide liegende Placenta nicht zu entfernen wagte. In der Gegend des rechten Darmbeins fühlte man deutlich einen etwa kindskopfgrossen Tumor.

Da nun das Aussehen und das Allgemeinbefinden der Wöchnerin, sowie der Puls ganz entschieden gegen eine bedeutendere innere Blutung sprachen, so entfernte ich ohne Weiteres die in der Scheide liegende Placenta. Es erfolgte hierbei auch kein nennenswerther Blutverlust. Bei der inneren Untersuchung mit dem Finger zeigte die sehr stark entwickelte Port. vag. ein eigenthümliches Verhalten. Der äussere Muttermund weit, für 4 Finger durchgängig, der Cervicalkanal lang und zum inneren Muttermund sich trichterförmig verjüngend, in der Richtung nach rechts oben, und an seiner linken Wand mit einer ca. $\frac{1}{2}$ Ctm. tiefen und 5 Ctm. langen, sich über den inneren Muttermund erstreckenden Furche versehen. Durch den inneren Muttermund, der für 2 Finger durchlässig ist, gelangt der Finger in den oben erwähnten Tumor an der rechten Seite, und erweist sich derselbe als der eben entbundene Uterus und zwar als das rechte Horn eines Uterus bicornis. Als ich hierauf nach dem Eingang zum zweiten, noch schwangeren Horne suchte, fand ich ausser der oben beschriebenen Längsfurche an der l. Wand des Cervicalkanales auch nicht eine Spur von demselben. Dagegen ging von der linken Seite des inneren Muttermundes eine etwa fingerdicke, strangförmige Verdickung aus, die nach links und oben hin in das schwangere linke Horn übergeht.

Bei der inneren Untersuchung gelingt es nicht, Fruchttheile durchzufühlen, da dieselben bei der bestehenden Querlage zu hoch oben liegen.

Es handelt sich im vorliegenden Falle also um die Befruchtung eines rudimentären Hornes eines Uterus bicornis mit obliterirtem, strangförmigem Cervix, um Absterben der Frucht gegen Ende der Schwangerschaft und Umwandlung derselben in ein Lithopaedion nach der Geburt des gleichzeitig ausgetragenen Kindes im anderen wohlentwickelten Horne. Die Lithopaedionbildung ist höchstwahrscheinlich in derjenigen Zeit vor sich gegangen, wo 3 Wochen nach der Entbindung ein 4 Wochen dauerndes Fieber und Brennen vorhanden war. Ferner handelt es sich hier um nochmalige Schwängerung des rechten Hornes mit ungestörtem Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes. Letzteres verlief nämlich ganz normal, die Rückbildung des rechten Hornes war eine gute, und ging Wöchnerin eine Woche nach ihrer Entbindung wieder an ihre häuslichen Verrichtungen, ohne sich durch den umfangreichen Leib im geringsten belästigt zu fühlen. Der grösste Umfang des Leibes betrug, 6 Wochen nach der Entbindung in der Gegend des Nabels, der verstrichen ist, gemessen, 101 Ctm., die Entfernung vom Proc. ensiformis bis zum Nabel 22 Ctm. und vom Nabel bis zur Symphyse 20 Ctm. Die Beckenmaasse sind aussergewöhnlich grosse: die Sp. I. $30\frac{1}{2}$ Ctm., die Cr. I. 32 Ctm., die Tr. 34 Ctm. und die C. d. 15 Ctm. Es sind das also so grosse Maasse, dass sie schon bei der blossen Schätzung als ungewöhnliche auffallen mussten. Die Frucht hat jetzt eine Schräglage eingenommen, der Steiss nach links und oben bis in's linke Hypochondrion reichend, der Kopf nach unten rechts gerichtet, der Rücken nach links und vorne. Das rechte Horn ist gut zurückgebildet und liegt nach rechts im kleinen Becken. — Eine nach 3 Monaten im Juli a. c. wiederholte Untersuchung ergab denselben Befund. Das Kind ist kräftig und gedeiht gut. Die Mutter fühlt sich ganz gesund und hat über nichts zu klagen.

Was nun in dem vorliegenden Falle ganz besonders unser Interesse erregen muss, ist nicht sowohl der Umstand, dass ein Lithopaedion ca. $1\frac{1}{2}$ Jahre ohne Beschwerden ertragen worden, da ja, wie das berühmte Steinkind von Leinzell beweist, solches 46 Jahre lang bis in's höchste Alter möglich ist, als vielmehr der Umstand, dass hier bei vollständigem Mangel eines Cervicalkanales am linken rudimentären Horn eine Schwängerung desselben vorgekommen ist. Es muss daher nothwendigerweise angenommen werden, dass eine äussere Ueberwanderung des Samens resp. des Eichens stattgefunden habe, letzteres, falls links auch kein Ovarium vorhanden sein sollte, was sich bei der starken Ausdehnung des linken Hornes leider nicht ermitteln liess. Ferner ist es interessant, dass durch das Lithopaedion in einem Horne eines Uterus bicornis die Function des anderen Hornes durchaus nicht beeinträchtigt worden ist, so dass Ovulation und Gravidität desselben keinerlei Störung erlitten haben und sowohl Entbindung als Wochenbett einen ganz normalen Verlauf nehmen konnten, was freilich nur den ganz aussergewöhnlich günstigen Beckenverhältnissen in unserem Falle zu danken ist. Endlich bestätigt sich hier wieder die Regel, dass die Frucht in einem rudimentären Nebenhorne vor dem normalen Ende der Schwangerschaft abzusterben pflegt und nicht das Ende derselben lebend erreicht, wie es bisher nur in dem einzigen sicher bewiesenen und von Turner (Edinb. med. J., May 1866, S. 974) mitgetheilten Falle vorgekommen ist.

Referate.

A. Bidder: Therapeutische Versuche mit Thiol. (Deutsch. med. Woch. № 24).

Bei acuten und subacuten Hautaffectionen leistete dem Verf. das Thiol vorzügliche Dienste. Wirkungslos schien es bei chronischen Hautausschlägen und bei den Dermatomykosen zu sein, ebenso bei den tuberculösen Erkrankungen der Haut. Das Thiol wirkt auf das Gewebe Sauerstoff entziehend, in Folge dieser Wirkung wird den Spaltpilzen der Nährboden entzogen, daher die überaus günstige Wirkung des Thiols bei Erysipelas, Lymphangoitis etc., während die Schimmelpilze ruhig weiter vegetiren. Ferner soll das Thiol von wohlthätigem Einfluss sein bei chronischen Rheumatismen, Acne vulgaris und rosacea und zwar selbst bei ausschliesslich innerlichem Gebrauch in Pillen- und Tropfenform ad 0,5—2,0 pro die.

Aeusserlich wurde das Thiol zu gleichen Theilen mit Wasser oder Glycerin verordnet und mit einem Pinsel auf die Stellen der Hautaffection aufgetragen, darüber kam Watte oder Guttaperchapapier. Bei Erkrankungen des Gesichts soll die Einpinselung Abends vorgenommen werden, am anderen Morgen wird dann die betreffende Stelle mit Wasser abgewaschen. Oft genügte eine einmalige Pinselung. Bei nässenden Eczemen, Intertrigo und kleinen Excoriationen wurde eine Bepuderung mit Thiolum siccum ausgeführt. Besserung blieb nie aus. Ganz eclatante Erfolge erzielte Verf. mit dem Thiol bei der Behandlung der Rose, wobei das Mittel nicht nur auf die gerötheten Hautstellen, sondern auch auf die umgebenden gesunden Partien der Haut aufgetragen wurde. Die Röthung verschwand rasch, auch das Fieber nahm rapide ab. Bei Herpes hörten die Schmerzen auf und die Bläschen trockneten rasch ein. Ebenso gute Erfolge erzielte Verf. bei Periphlebitis, Phlegmone, Frostbeulen, Verbrennungen, acuten Ergüssen in's Gelenk, subacuten Blutergüssen. Immer konnte er einen guten Einfluss des Thiols constatiren.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

G. v. Liebig: Reichenhall, sein Klima und seine Heilmittel. VI. Auflage. Mit einer Karte. Reichenhall 1889. H. Bühler'sche Buchhandlung.

Der schöne, vielbesuchte Curort giebt bei Beginn der Saison seine Visitenkarte ab, die gewiss vielen willkommen sein wird. Jedenfalls sollte Jeder sich das Büchlein anschaffen, den sein Weg aus Gesundheitsrücksichten dorthin führt. Das Format ist handlich und der Druck ist gut. Max Schmidt.

K. A. Herzfeld: Ueber die Behandlung des nachfolgenden Kopfes, mit besonderer Berücksichtigung des Mauriceau'schen Handgriffes. Leipzig und Wien 1890. Verlag von F. Deuticke.

Vor einiger Zeit empfahl Eisenhart (Arch. f. Gynäkologie, Bd. 36) die Einführung des Wiegand-Martin'schen Handgriffes bei nachfolgendem Kopfe, weil derselbe seiner Meinung nach nicht unwesentliche Vorzüge vor dem modificirten Smellie'schen Handgriffe besitzt.

Der Zweck vorliegender Schrift ist es, einige unbegründete Vorwürfe, welche Eisenhart dem, bisher fast an allen deutschen Schulen geübten Smellie-Veit'schen oder richtiger Mauriceau'schen Handgriffe gemacht hat, an der Hand einer Statistik aus der Wiener Universitätsklinik zu widerlegen. In der That beweisen die Zahlen H.'s, dass mit dem Mauriceau-schen Handgriffe gleich gute, wenn nicht noch bessere Resultate erzielt werden können, als mit der Wiegand'schen Methode. H. scheint der Mauriceau'sche und der Smellie-Braun-sche Handgriff zur Entwickelung des nachfolgenden Kopfes ausreichend zu sein, doch bezweifelt er auch nicht die Anwendbarkeit des Wiegand-Martin'schen Handgriffes. Dobbert.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 10. April 1890.

1) Dr. Dombrowski legt folgende Präparate vor:

I. Eine am heutigen Tage von ihm operirte vielkammerige *Dermoidcyste des Ovariums, welche ein knöchernes Gebilde von der Configuration und den Dimensionen eines kindlichen Beckens enthält;* mit einem als Kreuzbein imponirenden Mittelstücke articuliren zwei seitliche Schaufeln ähnlich den Darmbeinen. Der Tumor war sehr gross und bestand aus etwa 100 einzelnen Cysten, von denen manche einen colloiden Inhalt hatten. Das Vorkommen von grösseren Knochenbildungen in Dermoidcysten ist schon mehrfach beobachtet worden; so fand Florschütz in einer solchen ein Knochenstück, welches die Gestalt eines Oberkiefers hatte und 3 Zähne trug. Gebilde von der Grösse und Form des vorgelegten scheinen bisher aber nicht beobachtet worden zu sein.

II. Ein Präparat von der *Schädelbasis* (hintere und mittlere Schädelgrube nebst Unterkiefer etc.) eines Patienten, den Vortr. im Juni v. J. wegen eines *Tumors der Parotisgegend* operirt hat; die nach der Operation von Dr. Westphalen ausgeführte mikroskopische Untersuchung erwies ein *Enchondrom.* Es trat bald ein Recidiv ein, Kopfschmerzen und Erbrechen cerebraler Natur, Exitus letalis. Am Präparat sieht man, wie die vom Unterkieferast ausgehende Neubildung durch das Foramen lacerum anterius et posterius und durch den Meatus auditorius internus in das Schädelinnere vorgedrungen ist; hier hatte sie gegen den Schläfenlappen und das Kleinhirn gedrückt, ohne jedoch mit diesen Theilen zu verwachsen.

III. Ein durch Totalexstirpation entferntes *Adenocarcinom des Uterus* nebst Fibromyomen am Fundus uteri. Pat. ist genesen; Fälle, wie dieser, bieten eine gute Prognose.

2) Dr. Dobbert spricht über *„partielle Necrose des Uterus und der Vagina“* (der Vortrag ist in № 23 dieser Wochenschrift veröffentlicht) und demonstrirt folgende Präparate:

I. *Ein bei Metritis dissecans puerperalis ausgestossenes Gewebsstück,* welches sich bei der mikroskopischen Untersuchung nicht als Placentargewebe, sondern als ein Stück Uteruswand (aus Bindegewebe und glatten Muskelfasern bestehend und von Kokkencolonien durchsetzt) erwiesen hat.

II. Einen puerperalen Uterus, aus dem gleichfalls durch *Metritis dissecans* ein keilförmiges, durch die ganze Dicke der Uteruswand gehendes Stück des Fundus sich abgelöst hat.

Die besprochenen dissecirenden Processe kommen keineswegs allein im Puerperium, sondern auch bei anderen schweren Infectionskrankheiten vor, und scheinen besonders häufig in Russland beobachtet zu werden: von 14 bisher bekannt gewordenen Fällen kommen 6 auf Amerika, 1 auf Deutschland, 7 auf Russland; der erste Fall wurde von Ssyromjatnikow publicirt. Im Vereine sind in früheren Jahren einschlägige Mittheilungen von Albrecht, Barthel, de la Croix gemacht worden.

3) Dr. Moritz berichtet über zwei Fälle von *gastrischem Infectionsfieber mit Exanthem und rheumatoiden Schmerzen* (dieselben sind in № 16 dieser Wochenschrift veröffentlicht worden). Ohne aus diesen vereinzelten Beobachtungen allgemeine Schlüsse ziehen zu wollen, glaubt Vortr. in jenen beiden Fällen die Anwesenheit irgendwelcher toxisch wirkender Zersetzungsproducte im Magen für das Zustandekommen des Krankheitsbildes verantwortlich machen zu sollen; vor Allem spricht hierfür die prompte Wirkung der Salzsäure. Es erscheint hiernach geboten, in allen ähnlichen ätiologisch unklaren Fällen den Zustand des Magens zu berücksichtigen, und dies um so mehr, als die betr. Pat. keine gröberen Anzeichen von Dyspepsie darboten.

Dr. Kernig möchte obige Erklärung jener beiden Fälle nur mit Vorsicht annehmen, im Hinblick darauf, dass die meisten Fälle von Magendilatation, in denen jederzeit grosse Massen zersetzter Ingesta den Magen anfüllen, ohne die oben erwähnten Symptome verlaufen; so auch die Fälle von Magenkrebs, in welchen doch der Mangel an Salzsäure und das Vorhandensein grosser Geschwürsflächen an der Schleimhaut die Resorption toxischer Zersetzungsproducte sehr begünstigen müssten.

Dr. Westphalen hat in seiner Praxis zwei den besprochenen sehr ähnliche Fälle gesehen; das eine Mal handelte es sich um einen Mann mit Gastritis und in 3wöchentlichen Intervallen auftretenden Eruptionen eines exsudativen Erythems, das andere Mal um eine an Magenbeschwerden und periodisch wiederkehrender Urticaria leidende Frau; in beiden Fällen schwanden die Exantheme sofort bei dem Gebrauche der Salzsäure. Da allerdings die grosse Mehrzahl aller Magenkranken niemals derartige Exantheme darbietet, so muss wohl für das Auftreten der letzteren bei einzelnen Individuen eine besondere Disposition, ähnlich wie bei der nach dem Genusse gewisser Speisen auftretenden Urticaria, angenommen werden.

4) Dr. v. Renteln spricht über die *Behandlung der Lungentuberculose mit Kumys und Kreosot im Curorte Poguljanka* (bei Dünaburg). (Der Vortrag ist zur Veröffentlichung bestimmt.) Vortr. hat die Erfahrung gemacht, dass der Kumys bei gleichzeitigem Gebrauche von Kreosot besser und in grösserer Menge vertragen wird.

Leibmedicus Dr. Hirsch und andere Anwesende rühmen die Vorzüge dieses für die Petersburger leicht erreichbaren Curortes.

Secretär: Dr. E. Blessig.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 13. Februar 1890.

1) Dr. v. Grünewaldt: „Ueber Torsion eines Ovarialtumorstiels“. Eine 39jährige Frau trat am 8. Febr. in's Evangelische Hospital ein. 5 Mal hatte sie glücklich geboren, zuletzt vor 5 Jahren; abortirt 5 Mal. Eine Woche vor der Aufnahme erkrankte sie an Unterleibsschmerzen. Es bestand Fieber. Einen Tumor hatte sie nie bemerkt. Bei der Aufnahme wurde gleich ein grosser Tumor constatirt, der die ganze rechte Hälfte der Bauchhöhle ausfüllte. Derselbe war derb, nicht fluctuirend, fast ganz unbeweglich, sehr druckempfindlich. Percussion auf ihm leer, über der linken Bauchhälfte hell. Im Scheidengewölbe kein Tumor zu fühlen. Etwas Blutung. Diagnose: Ovarialtumor mit Torsion des Stiels. Am 12. Febr. Operation. Bauchschnitt

blutet sehr stark, Tumorwand stark injicirt. Ueberall nur frische, leicht trennbare, flächenhafte Adhäsionen. Durch Troicart zunächst gar kein Ausfluss, erst bei Druck auf den Tumor tröpfelt bräunliche, dicke Flüssigkeit heraus. Erst nach grossem Schnitt fliessen 4000 Grm. derselben honigdicken, geruchlosen Flüssigkeit aus. Nun lässt sich der Tumor leicht aus der Bauchhöhle luxiren. An seinem unteren Umfange ist der sehr lange, dünn ausgezogene, gänsefederkieldicke, stark gedrehte Stiel; an seinem oberen Umfange ist das Netz fest angewachsen und auch durch mehrfache Drehung zu einem 2—3 fingerdicken Strang zusammengerollt. Sorgfältige Ligirung und Durchschneidung. Es war eine Dermoidcyste. Bis heute guter Wundverlauf. Fast fieberlos.

Wie hatte sich ein so grosser Tumor, der die halbe Bauchhöhle einnahm, so vielfach drehen können? Freilich war die Oberfläche sehr glatt. Wann die Drehungen stattgefunden, lässt sich nicht constatiren, aber gewiss sind sie neueren Datums, denn sonst wäre die Geschwulst nicht zu der Grösse gewachsen.

Dr. Selenkow findet die Bedingungen zu den Rotationen hier günstig, da der Stielansatz und die Netzanheftung, die beiden Fixationspuncte des Tumors, nicht an gerade entgegengesetzten Puncten des Tumorumfanges gefunden wurden. Die Schwerpunctsverhältnisse begünstigten dadurch Drehungen.

2) Dr. Magawly: „Ueber acutes Glaucom und Gesichtserysipel". Eine 60jähr. Frau hatte im November Influenza überstanden, konnte sich aber bis nach Weihnachten nicht recht erholen. Vor 10 Tagen erkrankte sie an Gesichtsrose und an Erblindung des rechten Auges. Am 2. Tage danach sah sie M.: acutes Glaucom, marmorharter Bulbus, starke Ciliarneurose, Sehvermögen sehr gesunken. Operation — so dringend sie auch durch das Glaucom geboten schien — doch unmöglich, da Erysipel zwar nicht auf dem Bulbus, wohl aber im retrobulbären Bindegewebe sehr oft beobachtet worden ist. M. beschränkte sich daher auf Verordnung von Eserin und Antipyrin und sah schon am folgenden Tage wesentliche Besserung. Schmerzen und Chemose fast ganz geschwunden. Die Besserung hält an; jetzt werden Finger über das ganze Zimmer gezählt, aber das Gesichtsfeld ist sehr eingeschränkt.

Dr. Schröder: Da die Augenheilkunde im Eserin ein Mittel hat, glaucomatöse Erscheinungen zu mildern, so darf man in Fällen, wie der eben mitgetheilte, mit der Operation warten, ohne zu viel zu riskiren. Was nun Gesichtserysipel betrifft, so müsste bei demselben, mehr als bisher geschieht, an die Gefahr der Erblindung gedacht werden und sei daher die expectative Behandlung aufzugeben zu Gunsten jeder Methode, die sicherere und raschere Resultate hat.

Dr. Kernig hat bisher nie Erblindung nach Gesichtsrose gesehen. Wohl erfolgen oft Abscedirungen der Lider, aber der Augapfel bleibt verschont. Er hat wohl durch energische Jodbepinselungen Erysipele, die die Nasenspitze eingenommen hatten, glücklich angehalten; höchstens war noch am anderen Tage ein schmaler Saum Fortschritt, der sich aber nicht weiter vergrösserte.

Dr. Tiling bestreitet die Sicherheit jeder bisher gerühmten Methode. Die Kraske'sche Stichelung ist im Gesichte am wenigsten statthaft, da die Tätowirung bleibend sein kann.

Dr. Magawly hat 3 Fälle gesehen, wo das Erysipel in's retrobulbäre Bindegewebe eintrat, dort Abscedirungen und Neuritis N. optici hervorrief und Erblindung herbeiführte.

3) Dr. Masing: „Isolirter Tumor des l. Thalamus opticus." Wird gedruckt werden.

z. Z. Director: Dr. Lingen.
Secretär: Dr. Masing.

Brief an die Redaction.

Geehrte Redaction!

Gestatten Sie mir mit Bezugnahme auf die im Monat Juni und Juli d. J. von der Zeitung „Rishski Westnik" gegen den ärztlichen Director der Rigaschen Irrenanstalt Rothenberg, Herrn Dr. med. Tiling, inscenirten Angriffe [1]) Nachstehendes zu bemerken:

In der Nummer des R. W. vom 8. Juli bezieht sich derselbe auch auf meine Person und zwar in einer Weise, die leicht zu dem Missverständnisse Anlass geben könnte, als theilte ich theilweise die Ansicht des Westnik. Das ist durchaus nicht der Fall. Ich habe den in Rede stehenden Kranken von Anfang Juni bis jetzt in meiner Wasserheilanstalt behandelt. Derselbe leidet an einer Störung des Centralnervensystems. Ich habe unter Anderem constatiren können: 1) häufige apoplectiforme und epileptiforme Anfälle; 2) geistige Schwäche, und 3) Verfolgungsvorstellungen.

Dr. med. Ch. v. Schröder,
Cur- und Wasserheilanstalt Sassenhof bei Riga.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Leu: *Die Wirkung der Camphersäure gegen die Nachtschweisse der Phthisiker.* (Charité-Annalen 1889.) Verf. hat auf Vorschlag von Prof. Fürbringer die Camphersäure ($C_{10}H_{16}O_4$) gegen die Nachtschweisse 55 Mal bei 12 Phthisikern angewandt und kommt zu folgenden Schlüssen: Die Camphersäure unterdrückt sicher die übermässige Schweissabsonderung, wirkt sicherer als Atropin, hat nicht, wie letzteres, unangenehme Nebenwirkungen, höchstens Erbrechen; selbst grosse Gaben sind unschädlich; zur Erzielung eines sicheren Erfolges sind mehrere, in kurzen Intervallen Abends einzunehmende Gramm des Mittels erforderlich. Einige Male wirkten Abwaschungen schwitzender Stellen mit einer spirituösen Lösung der Camphersäure sehr wohlthätig und sind fernere Versuche wünschenswerth.

— Prof. Schultze [Bonn] (Correspondenzbl. der ärztl. Vereine in Rheinland und Westphalen, April 1890) empfiehlt die Camphersäure *gegen die Nachtschweisse der Phthisiker* zu 1,0 in Oblate, die Wirkung pflegt nach ½ Stunde einzutreten und 6—8 Stunden anzuhalten, weshalb man 6 Stunden nach der ersten Gabe eine zweite darreichen muss; es kann in 24 Stunden bis 3,0 gegeben werden. Das Mittel hat vor Atropin und Agaricin den Vorzug, dass es keine unangenehmen Nebenwirkungen hat. In Verbindung mit Antipyrin wirkt es günstig, weil es die nach letzterem Mittel auftretenden Schweisse verhütet oder vermindert. (Therap. Monatsh. VI.)

— Prof. Eulenburg giebt in № 30 der D. Med. Wochens. die Beschreibung eines neuen Horizontalgalvanometers mit einem schwimmenden, den Zeiger tragenden Anker, welche Einrichtung den Vorzug einer völligen Aperiodicität des Instruments hat, die Nadel geht stets gleichmässig vorwärts und kommt ohne Eigenschwingungen zur Ruhe; die Einzelheiten siehe im Original.

Vermischtes.

— *Verstorben:* 1) Am 5. August auf dem Gute Neuhausen bei Werro (Livland) der dortige Arzt Theodor Mühlenthal, im Alter von 63 Jahren. Der Hingeschiedene stammte aus Dorpat und hatte seine medicinische Ausbildung auf der dortigen Universität erhalten, wo er von 1849—1854 studirte. Nach Absolvirung des Arztexamens i. J. 1856 wurde er Kirchspielsarzt in Neuhausen, welche Stellung er bis zu seinem Lebensende bekleidete. 2) Im Curorte Thal in Thüringen am 7./19. August der Revaler Arzt Dr. Gustav Adolf v. Seidlitz nach längerer Krankheit. Im Jahre 1849 in Dorpat geboren, erhielt er seine Schulbildung in Dorpat und Fellin und bezog dann die Universität in Kiel, wo er von 1867—75 sich dem Studium der Medicin widmete. Nach Erlangung der Doctorwürde an der Dorpater Universität liess S. sich als freiprakticirender Arzt in Reval nieder, wo er bald in den weitesten Kreisen allgemeine Liebe und Sympathie sich erwarb und als Frauenarzt sehr geschätzt war. 3) In Moskau am 12. Juli der Oberarzt der Säuglingsabtheilung des Moskauer Findelhauses, Staatsrath Dr. Golizinski, im 65. Lebensjahre an Krebs der Harnblase. Nach Absolvirung des Cursus an der Moskauer Universität trat der Verstorbene vor nunmehr 35 Jahren als Ordinator in die Säuglingsabtheilung des Findelhauses ein und fungirte seit 15 Jahren als Oberarzt dieser Abtheilung. Seine literärischen Arbeiten hat er hauptsächlich in der früheren „Moskauer medicinischen Zeitung" veröffentlicht. 4) In Wilna der jüngere Ordinator am örtlichen Militärhospital Lucian Rytel. 5) In Königsberg der ausserordentliche Professor der Hygiene und gerichtlichen Medicin, Geh. Medicinalrath Dr. Pincus.

— Im Gefolge Kaiser Wilhelm's befand sich während seiner letzten Anwesenheit in Russland an Stelle des Leibarztes, Generalarztes Dr. Leuthold, welcher zur Cur in Kissingen weilt, der Oberstabsarzt I. Classe Dr. Ernesti, Regimentsarzt des ersten preussischen Garderegiments zu Fuss.

— Am 23. December 1889 wurde das Statut einer neuen medicinischen Gesellschaft, der *Ural'schen*, bestätigt, welche am 4. März d. J. in Jekaterinburg ihre erste Sitzung abhielt. Unter Anderen hat diese Gesellschaft sich das Ziel gesetzt, die sanitären Verhältnisse jener Gegend, insbesondere des Perm'schen Gouvernements zu erforschen; in letzter Zeit ist dort die Sterblichkeit auf 43‰ gestiegen. Das Bureau besteht aus dem Präsidenten Dr. N. A. Russkich, dem Vicepräsidenten A. E. Landesen, dem Secretär B. T. Kobyljanski und dem Kassirer J. J. Kikin. (Med. Obsr. № 7.)

— Auf Initiative des Moskauer Generalgouverneurs wird in Moskau in nächster Zeit auf Kosten der Stadt ein *Laboratorium zur Untersuchung von Lebensmitteln* eingerichtet werden, dessen Leitung dem Professor der Hygiene an der Universität übertragen werden soll. Der Unterhalt dieses Laboratoriums und des Personals (3 Aerzte) ist auf 6740 Rbl. jährlich veranschlagt; ausserdem sind für die erste Einrichtung desselben einmalig 3000 Rbl. bestimmt.

— In der vorigen Woche ist ein zweiter Theilnehmer des internationalen med. Congresses, der praktische Arzt Dr. Richard Stephenson aus Nordamerika, der bereits auf der Rückreise begriffen war, in Wien plötzlich verstorben. Derselbe stand im 69. Lebensjahre. (A. m. C.-Ztg.).

— Professor Schweninger ist von der Leitung des von ihm in's Leben gerufenen *Sanatoriums in Heidelberg*, welches bekanntlich einer Actien-Gesellschaft gehört, zurückgetreten.

[1]) cf. den Brief in № 24 dieser Wochenschrift.



— Den Assistenten am physiologischen Institut der Berliner Universität, Prof. Joh. Gad und Dr. Heymans, ist von der französischen Academie der Wissenschaften der *Pourrat'sche Preis* für ihre Arbeit: «*Ueber den Einfluss der Temperatur auf die Leistungen der Muskelsubstanz*» verliehen worden.

— In *Görbersdorf* ist am Geburtstage des verstorbenen Dr. Brehmer das im Auftrage der Curgäste der Brehmer'schen Heilanstalt von dem Bruder des Verstorbenen gemalte lebensgrosse Porträt desselben in dem Lesesaale der Anstalt aufgehängt worden. Am selben Tage wurde auch das von den Dorfbewohnern und Anstaltsbediensteten errichtete *Denkmal*, eine Steinpyramide mit dem Reliefporträt Brehmer's, in Görbersdorf enthüllt.

— X. *internationaler medicinischer Congress.* Für die Dauer der Abwesenheit des Herrn Generalsecretärs Dr. Lassar ist seitens des Organisations-Ausschusses Herr Dr. Posner in Berlin mit dessen Stellvertretung beauftragt worden. Den Congress betreffende Postsendungen werden bis auf Weiteres, wie früher, an das Bureau Karlstrasse 19 erbeten.

— Von verschiedenen Seiten wird wieder über das *Auftreten von Influenza* berichtet. So sind in Breslau seit Ende Juli wieder mehrere Fälle von Influenza beobachtet worden, bei welchen jedoch nicht, wie in der vorigjährigen Epidemie Affectionen des Respirationsapparates vorwiegen, sondern Kopfschmerz, Schwäche und Mattigkeit bei kurzdauerndem Fieber die Hauptsymptome sind. In der Pariser med. Academie hat Dr. Germain Sée erklärt, dass die Influenza-Epidemie des vorigen Winters noch lange nicht aufgehört, sondern nur ihre äussere Erscheinung gewechselt habe. Gegenwärtig trete sie in vielen Stadttheilen von Paris in zahlreichen Fällen als Halsentzündung auf.

— In der Civilabtheilung des Libauer Bezirksgerichts ist, wie die „Libauer Ztg." berichtet, vor Kurzem ein Process verhandelt worden, welcher namentlich das Interesse der Aerzte beanspruchen dürfte. Es handelte sich um die Klage eines ehemaligen Eisenbahnwärters, *Jahn Prahmeneck*, gegen den Libauer Stadtarzt Dr. Johannsen auf Grund folgenden Thatbestandes: Am 4. Januar 1883 war *Prahmeneck* von der Locomotive überfahren worden, weshalb er in's Krankenhaus gebracht wurde, wo an ihm am 10. Januar desselben Jahres wegen eingetretener Gangrän eine Fussoperation (Pirogow'sche Operation) vorgenommen wurde. Der Kläger behauptet nun, dass die Operation an ihm vollzogen worden sei: 1) ohne seine Einwilligung; 2) ohne Einwilligung seiner Eltern (Kläger war damals erst 19 Jahre alt); 3) ohne triftigen Grund, weshalb er von Dr. Johannsen als Entschädigungssumme nicht weniger als die Sicherstellung einer lebenslänglichen Jahresrente von rund 800 Rbl. verlangte. Da auf der Gerichtsverhandlung aber erwiesen wurde, dass die Einwilligung des Klägers in die Vornahme der Operation erfolgt war und dass der operative Eingriff durch die Rücksicht auf die Lebenserhaltung des Patienten dringend geboten war (der entfernte Fuss war vollkommen brandig) — so wurde *Jahn Prahmeneck* vom Gericht mit seiner Klage abgewiesen und noch obendrein zur Zahlung der Gerichtskosten von 373 Rbl. verurtheilt.

— Die *Cholera* macht in der Provinz *Hedschas* (Arabien) besorgnisserregende Fortschritte. Im Verlaufe von 8 Tagen gab es dort gegen 2000 Todesfälle. In der Stadt *Mekka* allein sollen am 3. August n. St. 320 Personen an der Cholera gestorben sein.

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 12. August a. c. 5339 (24 weniger als in der Vorwoche); darunter 312 Typhus- (31 weniger), 426 Syphilis- (13 mehr), 65 Scharlach- (5 weniger), 19 Masern- (3 weniger), 15 Diphtherie- (1 weniger) und 21 Pockenkranke (1 weniger als in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 5. bis 11. August 1890.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
220	176	396	107	22	56	8	5	13	31	40	30	30	33	16	5	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 5, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 1, Masern 5, Scharlach 13, Diphtherie 8, Croup 0, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 8, Erysipelas 0, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicämie 3, Tuberculose der Lungen 63, Tuberculose anderer Organe 0, Alcoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 25, Marasmus senilis 17, Krankheiten des Verdauungscanals 87, Todtgeborene 22.

Dieser Nummer liegen bei:


1) Prospect über **Scheff's Handbuch der Zahnheilkunde.**
2) » betr. **Dr. Maxwell's Terminologia medica polyglotta.**


Дозв. ценз. Спб. 17 Августа 1890 г. Herausgeber Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.

XV. Jahrgang. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,

St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 34 St. Petersburg, 25. August (6. September) **1890**

Ein Beitrag zur Magenchirurgie.

Von

W. Matlakowski,

Ordinirendem Arzt im Kindes-Jesu-Krankenhause in Warschau.

Wenn wir der Chirurgie des Magens unsere Beobachtung widmen, so kommen so viele verschiedene und höchst wichtige Fragen in Betracht, dass sogar bei flüchtiger Uebersicht dieser Artikel leicht zu einer Monographie werden könnte; deswegen bin ich genöthigt, die Frage der Diagnostik des Magenkrebses und der Bedeutung der chemischen Untersuchung in dieser Beziehung, die technische Seite der Operation, wie den Bauchschnitt, die Art der Naht, den Gebrauch oder Nichtgebrauch der Klammern u. dgl. zu übergehen. Ich kann jedoch meine obwohl sehr spärliche Casuistik nicht ohne einige Bemerkungen veröffentlichen, welche den Zweck haben, meine Stellung zu diesem Theil der Chirurgie zu kennzeichnen.

Welche Zukunft und Bedeutung kann die Resectio pylori beim Krebs haben? Wenn man das Wort Krebs ausspricht, so wird darunter nicht nur vom Publikum, sondern auch noch von einer grossen Zahl der Aerzte eine unheilbare Krankheit verstanden. Gegen diese durch Jahrhunderte tief eingewurzelte Ueberzeugung muss man mit ganzer Kraft ankämpfen.

Die gewissenhaftesten Arbeiten der Chirurgen, durch mühselige Statistik gestützt, beweisen täglich die Heilbarkeit des Krebses. Durch grosse, Hunderte von Fällen enthaltende Zusammenstellungen aus den Kliniken von Esmarch, Billroth, Fischer, Volkmann und Czerny haben Oldekop, Winiwarter, Henry, Sprengel und Schmidt[1]) bewiesen, dass die Zahl der Geheilten nach der Operation des Brustdrüsenkrebses 15—18 % beträgt. So lange die Operation des Brustdrüsenkrebses in einer schablonenmässigen Excision der Geschwulst bestand, wobei die Reste der Milchdrüse um der raschen und effectvollen Wundheilung willen zurückgelassen wurden, war dieselbe erfolglos; heute, wo wir vollbewusst handeln, entfernen wir nicht nur unbedingt das ganze Organ, sondern auch die Haut der Nachbarschaft in grosser Ausdehnung und die Fascie resp. die Muskeln; ferner excidiren wir unbedingt immer sämmtliches Bindegewebe mit Lymphdrüsen und -gefässen aus der Achselhöhle und haben daher heute vollständige Genesungen zu verzeichnen. Einen noch höheren Procentsatz an Heilungen giebt uns die Exstirpation des Uterus. Das ist zwar alles noch wenig, aber der Arzt darf keine andere Anschauung haben als Astley Cooper, der sich äusserte, dass sogar derjenige, welcher einen einzigen zum Tode verurtheilten Menschen rettete, sich um die Menschheit wohl verdient gemacht hat.

Sobald wir uns aber einmal durch den Grundsatz leiten lassen, dass der Krebskranke geheilt werden kann, sind sogar die eingreifendsten Operationen gerechtfertigt. Heut' zu Tage kommen die technischen Schwierigkeiten bei der Entfernung des Pylorus oder anderer Magentheile bei Krebskranken nicht mehr in Betracht. Die Bemühungen von Billroth, Rydygier, Wölfler, Czerny und Anderen haben den Weg gebahnt, verschiedene Methoden ausgebildet und neue Operationen als technisch mögliche und ausführbare eingeführt. Diese Seite der Frage wollen wir also übergehen.

Will man jedoch die Aerzte von der Möglichkeit und Nützlichkeit der in Rede stehenden Operation überzeugen, so kann man unmöglich die Thatsache verschweigen, dass die Mortalität nach derselben noch colossal und die Resultate noch lange nicht befriedigende sind, besonders jetzt, wo eine Menge von Aerzten an die glänzenden Erfolge der Ovariotomie gewöhnt ist, die in der Bauchchirurgie maassgebend geworden ist. Man muss jedoch zugeben, dass bei solchen sich erst ausbildenden und vervollkommnenden Operationen, wie die Pylorusresection oder Gastroenterostomie, ein ganz anderer Maassstab angewendet werden soll; obwohl keiner von meinen Kranken genas, so kann ich dennoch die durch mich erreichten Resultate nicht als absolut schlechte bezeichnen; eine Kranke (Beob. I) lebte nach der Pylorusresection beinahe 2 Monate lang und starb in Folge einer ganz anderen Krankheit (Lungentuberculose), und wer ihren Zustand nach der Operation, die Euphorie, das Aufhören des Erbrechens und der Schmerzen, den idealen Verlauf bis zur Zeit des Auftretens der Pneumonie gesehen hat, der wird für immer Anhänger einer Operation bleiben, welche so viel zu erreichen vermag. Die zweite Kranke (Beob. III), bei welcher die Resection des krebsigen Pylorus sich als unausführbar erwies, lebte nach der Gastroenterostomie ungefähr einen Monat; seit dem ersten Tage nach der Operation hörten die Schmerzen und das Erbrechen

[1]) Beiträge zur klin. Chirurgie 1888, S. 40, Bd. IV.



auf und die Kranke hatte nur Worte der Dankbarkeit auf den Lippen; der Tod trat in Folge eines Durchfalls ein, welcher von fehlerhaftem Chemismus und Mechanismus der Verdauung abhängig war, wovon an entsprechender Stelle die Rede sein wird. Drei Patienten, bei denen ich die explorative Laparotomie ausführte, starben nach einer gewissen, sogar ziemlich langen Zeit (z. B. nach Ablauf von 3 Monaten) nach der Operation, welche ungeachtet des traurigen Zustandes der Kranken an diesem fatalen Ausgang keine Schuld trug und subjectiv eine deutliche, obwohl schwer verständliche, aber unbestreitbare Besserung bedingte, für welche die Kranken dankten und eine Zeit lang in der Hoffnung lebten, dass sie von dem schrecklichen Uebel befreit seien. In einem Falle endlich (Beob. II) hat die Operation das Leben der Kranken unzweifelhaft abgekürzt; der Tod erfolgte in Folge des Verfalls der Kräfte, den vorauszusehen uns trotz aller Sorgfalt und klinischer Erfahrung nicht gelungen ist; immerhin können wir sagen, dass die Bauchfellentzündung daran keine Schuld trug. Nehmen wir jedoch an, dass die beiden vorgenommenen Pylorusresectionen durch günstigen Ausgang gekrönt worden wären, wie dies bei den Operationen von Billroth und Rydygier der Fall war, so muss doch jedem die Thatsache auffallen, dass von so vielen Magenkrebsen, welche im hiesigen Spital und in der Stadt behandelt werden, nur in 2 Fällen die Operation angezeigt war; dass in 3 sich zur Operation eignenden, also ausgewählten Fällen die chirurgische Hilfe sich als unmöglich erwies. Es ist das ein trauriger Umstand, welcher die Bedeutung des Eingriffes sehr herabsetzt. Die Operation ist bei einem gewissen und dazu noch kleineren Theil der Magenkrebskranken angezeigt, und auch bei diesen, wenigstens angesichts des heutigen Standes der Diagnostik, überzeugen wir uns erst nach der Eröffnung des Abdomens, ob der Eingriff ausführbar ist.

Nehmen wir nun weiter an, dass die Operation ausführbar und der Kranke nach derselben genesen ist, so fangen neue Befürchtungen und Zweifel an, und zwar, ob der neue Magen in chemischer und mechanischer Hinsicht sich functionsfähig erweisen wird. Es kommt sodann auf den ersten Plan die brennende, sowohl den Chirurgen als auch den Internisten, Physiologen und Anatomen interessirende Frage: wird die chemische Function des Magens, die Salzsäureproduction u. dgl. wiedererlangt? Prof. Obalinski hat unlängst einen höchst interessanten Fall von Pylorusresection veröffentlicht, wonach die Kranke genesen ist, wo aber die von Jaworski klassisch durchgeführte Untersuchung über die Rückkehr des Mechanismus und des Chemismus die traurige Thatsache ergab, dass die Austreibung der Speisen mangelhaft war und diese letzteren in Folge des langen Verbleibens im Magen der Fäulniss unterlagen, dass sich zuweilen in denselben die Galle ergoss, dass in Folge der Nahrungsansammlung eine dauernde Dilatation entstand, dass sich keine Spur von Salzsäure zeigte u. s. w.

Nehmen wir endlich an, dass sowohl der Chemismus als auch der Mechanismus nichts zu wünschen übrig lassen, dann entsteht der letzte und schwerste Zweifel, ob unsere ganze Mühe und Arbeit nicht nutzlos war, weil der Kranke schon während der Operation secundäre Krebsherde im Peritoneum, in der Leber, oder in den Lymphdrüsen hatte, deren Existenz auch die Eröffnung des Abdomens nicht nachweisen konnte.

So steht die Operationsfrage beim Magenkrebs. Der Eingriff selbst ist sehr gefährlich, die Zahl der Fälle, in welchen derselbe angezeigt ist, beschränkt, die Rückkehr der chemischen und mechanischen Functionen zweifelhaft und das Recidiv sehr möglich. Und trotz alledem wird diese Operation nicht mehr von der Tagesordnung gestrichen werden, und indem sie sich immer mehr technisch vervollkommnet, wird sie immer mehr Anhänger, Ausführer und unglückliche, Rettung suchende Kranke gewinnen. Sie wird auch immer bessere Resultate erzielen unter der Bedingung, dass die Internisten, von der Wichtigkeit der Sache durchdrungen, sich ihrer wärmer annehmen und den Kranken früher mit dem Chirurgen, der in diesem Falle das entscheidende Wort hat, untersuchen werden.

In vorliegender Mittheilung erstatten wir Bericht über 2 Fälle von Pylorusresection und über 2 Gastroenterostomien. Man kann im Allgemeinen sagen, dass bei diesen Operationen die Lungen- und Lungenfellentzündung als schwere Complicationen die grösste Rolle spielen, und es ist möglich, dass man dieselben in gleichem Grade wie die Peritonitis fürchten muss. Unter meinen Kranken sind 2 in Folge dieser Complication gestorben; in der Literatur finden wir Erwähnung von durch dieselbe Ursache bedingtem Tode in den Fällen von Hausmann, von Schede (Centralbl. f. Chir. 1887, S. 221), von Lauenstein (ibidem). Im Falle von Rydygier (Przyczynki do chirurgii zoladkowo-jelitowej) war die Kranke ebenfalls in Folge einer Pneumonie dem Tode nahe.

1. Zwei Fälle von Pylorusresection.

Beobachtung I. Carcinoma pylori et proximae partis ventriculi; Resectio pylori et partis ventriculi.

Anna Sobolewska, Frau eines Soldaten aus Lazienki, 45 J. alt, wurde zu mir von Dr. Gajkiewicz mit der Diagnose des Pyloruskrebses geschickt; sie kam in die Abtheilung den 18. Febr. 1888. Pat. war stets gesund, hat 5 Kinder glücklich geboren; die letzte Menstruation hatte sie vor einer Woche. Den Anfang des jetzigen Leidens hat sie vor 4 Monaten bemerkt, und zwar fing sie an Schmerzen im Epigastrium besonders einige Zeit nach dem Essen zu empfinden; dieselben dauerten gewöhnlich 1—2 Stunden und hörten dann auf. Dazu gesellten sich nach und nach auch andere Symptome seitens des Magens, wie Aufstossen, Sodbrennen, Erbrechen — das letztere ist nie blutig gewesen. Gleichzeitig stellten sich hartnäckige Verstopfung, Verminderung des Hungergefühls, Abmagerung, immer mehr zunehmende Schwäche und Reizbarkeit ein.

Status praesens: Mittelgross, gut gebaut, $105^1/_2$ ℔ schwer. Die Ernährung noch ziemlich gut, die Pat. geht mit Leichtigkeit herum und beschäftigt sich mit ihrem Haushalt. Die Haut blass, mit einer gelblichen Nuance. Einige Centimeter über dem Nabel fühlt man einen Tumor, der 7—8 Ctm. lang, 6—7 Ctm. breit, oval, sehr hart, uneben, gegen Druck empfindlich und sehr beweglich ist; er lässt sich gleich weit in das linke, wie auch in das rechte Hypochondrium verschieben; am wenigsten ist er nach unten verschieblich. Bei Aufblähung des Magens mit Gasen dehnt sich der Bauch ungemein aus und der Magen nimmt dabei fast den ganzen Bauch ein; er reicht bis zum Lig. Poup. sin., zur Symphyse, und der Tumor ist dann in die rechte Bauchhälfte verschoben. Andere Organe (Herz, Lungen, Nieren) gesund; die Leber ist nicht palpabel.

Die Vorbereitungen bestanden in Ausspülungen des Magens, nach welchen der vom abnorm grossen Inhalte befreite Magen einen Theil seiner Contractionsfähigkeit wieder erlangte und sich verkleinerte. Am Tage vor der Operation wurde die Ausspülung mit Salicylsäurelösung vorgenommen, wonach eine ausserordentliche Ermüdung und Mattigkeit der Kranken eintrat, welche dieses Verfahren sehr schlecht vertrug. Am Operationstage wurde der Magen mit einer Sodalösung ausgespült.

Den 24. Febr. unternahm ich in Anwesenheit vieler Collegen die Operation. Chloroformnarkose sehr ruhig; Schnitt in der Linea alba; Einfassen der Schnittränder mit dem parietalen, mit der Haut zusammengenähten Peritonealblatt. Herausnehmen eines riesigen Tumors sammt Colon transversum, das an die grosse Curvatur durch geschrumpftes und längs derselben einige Krebsknoten enthaltendes Netz angezogen ist; das grosse Netz ist sonst weder mit der Leber, noch mit dem Pancreas verwachsen. Die Beweglichkeit des ersten Theiles des Duodenums ist nicht gross (z. B. im Vergleich mit meinem 2. Falle), was die Manipulation von dieser Seite her schwierig macht; Trennung der vom Krebs ergriffenen Partie sowohl der grossen, als auch der kleinen Curvatur entlang; Unterlegung von Jodoformgaze unter den isolirten Tumor. Durchschneiden des Magens von der kleinen Curvatur an so weit nach unten, dass der undurchschnitten gelassene Theil dem Lumen des Duodenums gleich sei. Der Magen ist so ausgezeichnet entleert, dass garnichts herausfliesst; sogleich eine Verengerungsnaht, und zwar zuerst Kürschnernaht auf die Schleimhaut, dann Knopfnaht auf die Muscularis und Serosa; jetzt folgte Abtragung des Tumors vom Magen und vom Duodenum und Vernähung dieser Eingeweide, in der von Rydygier beschriebenen Weise. Nach der Reinigung des Operationsfeldes schloss ich die Bauchhöhle. Die Operation dauerte $3^1/_2$ Stunden.

Die Kranke erwachte bald nach der Operation, Puls 104, kein Erbrechen, kein Singultus oder Aufstossen, unbedeutender



Schmerz; am folgenden Tage fühlt sie sich so gut, dass sie lacht und bedauert, sich nicht früher der Operation unterworfen zu haben, sie möchte schon sehr gerne Thee trinken und empfindet keine Schmerzen; die Temperatur normal, Puls 102, keine ungünstigen Symptome. Am 3. Tage Puls 90, Aussehen sehr gut, rosenrothe Lippen, Hungergefühl, guter Schlaf. Am 4. Tage bekam Pat. zum ersten Mal Nahrung, und zwar Thee mit Milch, durch den Magen; sie hat darnach keine Schmerzen, kein Erbrechen oder Aufstossen gehabt; an demselben Tage hat sie den ersten Stuhlgang mit Abgang von Winden, die wahrscheinlich durch Nährklystiere bedingt waren, gehabt.

In dieser Weise erfreute uns eine, wie es schien, sichere Hoffnung, dass die Kranke gerettet werde, als sie in der Nacht vom 4. auf den 5. Tag nach der Operation ein starkes Seitenstechen bekam, die Temperatur stieg in die Höhe, der Puls sprang von 90 auf 120 und die Respiration auf 40; bald wurde die Sache klar als Pneumonia dextra mit Erkrankung eines Theiles des Unterlappens und mit quälendem Husten. Aus dem langen Verlaufe während des Aufenthaltes der Kranken im Spital hebe ich nur dieses Detail hervor, dass sie nach einiger Zeit anfing in der Nacht und besonders gegen Morgen nach einem quälenden Hustenanfall zu erbrechen; am 16. Tage habe ich nach Zerreissung der Bauchnarbe viel dicken, weiss-gelblichen, geruchlosen und keine Gase enthaltenden Eiter herausgelassen. Die Anwesenheit dieses Abscesses zeichnete sich, ausser einer Erhöhung in der Gegend des Schnittes (resp. des neugebildeten Pförtners) weder durch irgend welche Symptome (wie Schmerzen, Erbrechen, Singultus), noch durch Auftreibung des Abdomens aus, welches stets weich und eingesunken blieb. Da sich weder nach der Eröffnung des Abscesses, noch später Gase oder Mageninhalt zeigten, so schloss ich daraus, dass die Nähte der Magenwand nicht nachgelassen haben. Nach und nach verkleinerte sich die Abscesshöhle und nach einigen Wochen trat vollständige Heilung ein. Dieses Ereigniss hatte keinen Einfluss auf den Verlauf des wichtigeren Leidens, der Lungenentzündung gehabt, welche bei mässiger, veränderlicher Temperatur immer fortdauerte; nach einiger Zeit trat Affection der linken Lunge (Dämpfung, Bronchophonia, Respiratio bronchialis, Auswerfen eines eitrigen Sputums) auf.

Patientin verliess das Spital den 27. März, gesund im Betreff des Magens, aber mit tuberculösen Herden in beiden Lungen; während die einen von diesen in Resolution übergingen, traten an ihrer Stelle andere auf, die bei enormer Abmagerung nach Ablauf von 50 Tagen nach der Operation den Tod bedingten.

Der Temperaturverlauf war folgender:

	Februar 24.	25.	26.	27.	28.	29.	März 1.	2.
Morgentemp.	—	37	37	37,0	37,6	37,5	38,2	38,8
Abendtemp.	37	37,2	37,1	37,2	37,8	38,5	38,3	38,5
Puls	104	—	—	90	112	130	120	120

	März 3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
Morgentemp.	38,5	38	38	38,3	38	38	38	38,6
Abendtemp.	38,9	38,3	38	38	38,1	37,9	38,2	39,2
Puls	120	116	108	112	105	120	110	incisio

	März 11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.
Morgentemp.	37,9	37,2	37,5	39	37,6	37,8	38,2	37,9
Abendtemp.	37,4	38,6	38,4	38,8	37,7	37,6	37,8	38,8
Puls	—	118	102	112	100	100	96	100

	März 19.	20.	21.	22.	23.	24.
Morgentemp.	37,2	37,3	37,3	37,5	37	37,8
Abendtemp.	38,2	37,5	37,2	38	38,4	38,3
Puls	96	100	100	100	96	

Untersuchung der excidirten Partie. Der excidirte, den ganzen Pylorustheil und die benachbarten Partien enthaltende Magenabschnitt hat die Gestalt eines unregelmässigen Trichters, dessen Umfang von der Magenseite 26 Ctm. beträgt; die Länge des Trichters bei der grossen Curvatur ist 11 Ctm. Die Grenze des Krebses gegen das Duodenum hin deutlich, wie abgeschnitten, gegen den Magen hin verwischt, und erstreckt sich der Krebs hier in Form einer Infiltration ungleichmässig in die hintere und vordere Magenwand. Die Pylorusöffnung ist so verengt, dass sie vom Duodenum aus kaum einen Metallcatheter durchlässt; die Oberfläche ist uneben, mit grossen, durch Zerfall und Ulceration entstandenen Vertiefungen. Die Serosa auf dem Tumor ist in Folge der Entzündung und der narbigen Schrumpfung des neugebildeten Gewebes faltig, von weisslicher Farbe und narbigem Aussehen. Längs der grossen Curvatur einige Knoten, von denen einer nussgross ist.

Bei der mikroskopischen, von Prof. Brodowski unternommenen Untersuchung stellte sich der Tumor als die häufigste Form des Magenkrebses (Carcinoma medullare) heraus.

Beobachtung II. Carcinoma pylori cingens; Dilatatio ventriculi; Resectio pylori.

Marie-Anne Roguska, Kaufmannswittwe, 46 J. alt, wurde von einem Collegen, der an eine Unwegsamkeit des Darmkanales dachte, in meine Abtheilung geschickt; so viel ich aus den verschriebenen Mitteln schliessen kann, war auch den die Kranke vorher behandelnden Aerzten, die sich durch hartnäckige Verstopfung zu Abführmitteln verleiten liessen, die Natur des Leidens nicht klar, da dasselbe von classischen Symptomen nicht begleitet war und leicht irreführen konnte. Ich erwähne diesen Umstand nicht deswegen, um die diagnostische Erfahrung meiner Collegen herabzusetzen, sondern um zu beweisen, wie leicht ein ungewöhnliches Krankheitsbild die Aufmerksamkeit des Arztes von der eigentlichen Natur und dem Sitz der Krankheit ablenken kann.

Die Kranke erzählt, dass sie sich stets einer guten Gesundheit erfreute, einige glückliche Geburten überstand und erst vor ungefähr 4 Jahren an häufiger und hartnäckiger Verstopfung zu leiden anfing; ausserdem bemerkte sie, dass sich nach jeder stärkeren Aufregung Schmerz und Druck im Epigastrium und Aufstossen einstellten; diese Erscheinungen nahmen mit der Zeit zu, sie hat jedoch nie weder Erbrechen im Allgemeinen, noch speciell blutiges Erbrechen gehabt. Die Stuhlverstopfung war zuweilen so hartnäckig, dass die Kranke zwei Wochen lang keinen Stuhlgang hatte; gleichzeitig fing sie an immer mehr abzumagern. Trotzdem war ihr Zustand noch erträglich, sie beschäftigte sich und arbeitete, bis vor 4 Wochen eine bedeutende Verschlimmerung und Schwäche eintraten. Am Tage vor der Ankunft in das Spital hat sie zum ersten Mal erbrochen, was mit dem stark aufgetriebenen Abdomen und der seit 2 Wochen dauernden Verstopfung zusammengenommen, ein täuschendes Bild der Unwegsamkeit des Darmkanales gab.

Status praesens: Mittelgross, ausserordentlich erschöpft, 91 ℔ schwer, die Beine nicht geschwollen, der Puls 90, sehr schwach, der psychische Zustand trotz alledem gut, wobei sogar eine gewisse Geistesmunterkeit vorhanden ist. Der Bauch auffallend gross und dabei so gestaltet, dass die letzten Rippen nach innen eingebogen, das linke Hypochondrium und das Hypogastrium eingesunken sind, mit einem Worte, der Bauchumfang ist auf der Höhe des Hypochondriums am kleinsten, während unterhalb dieser Linie der Bauch kugelig aufgetrieben ist (wie dies z. B. bei Ovarialcysten vorkommt). Das Abdomen ist überall gleichmässig weich, aufgetrieben, die Bauchwandungen nicht gespannt, wobei augenblicklich der Umstand auffällt, dass fast der ganze Bauch einen gleichmässigen, deutlichen tympanitischen Ton giebt, während man gleichzeitig ein Plätschern und Schwappen fühlt, was von vornherein bewies, dass in einer grossen Höhle Flüssigkeit und Gase angesammelt sind, folglich, dass wir keine aufgeblähten Darmschlingen, sondern einen abnorm dilatirten, buchstäblich die ganze Bauchhöhle (von vorne) mit Ausnahme der Gegend der Spina ant. sup. dextra einnehmenden Magen vor uns haben. Jetzt fand ich bei sorgfältiger Betastung einen harten Tumor, der in der rechten Bauchhälfte nach rechts von der L. mammaria dextra, unterhalb der durch den Nabel gehenden horizontalen Linie lag; sonst konnte man wegen grosser Auftreibung des Bauches die Natur des Tumors nicht näher bestimmen. Die unverzüglich mittelst der Sonde unternommene Entleerung des Magens ergab, dass sich in seiner Höhle eine unglaubliche Menge bräunlich-schmutzig-grauer Massen befand, in welchen sich Stückchen von rohen, vor 4 Wochen genossenen gelben Rüben unterscheiden liessen. Den 11., 12., 13., 14. Mai wiederholte man die eine halbe Stunde lang dauernde Ausspülung und es kamen immer noch dieselben Massen und die gelben Rüben zum Vorschein. Diese Magenreinigung übte auf das subjective Befinden der Kranken den besten Einfluss aus; sie wurde von neuem Muth und Vertrauen zu uns erfüllt, die Schmerzen und der Druck verschwanden, der gute Schlaf kehrte wieder, gleichzeitig aber wurde die Kranke sehr schwach, was besonders am Pulse sichtbar war. Dem halfen auch die Nährklystiere, die bald einen beständigen Stuhldrang hervorriefen, nicht ab.

Die von Dr. Putawski vorgenommene chemische Untersuchung ergab gänzlichen Mangel an Salzsäure. Nach solcher Entleerung des Magens nahm der Bauch eine ganz andere Form an. Man konnte jetzt den apfelgrossen, harten, unebenen, scharf begrenzten Tumor leicht auspalpiren; derselbe war ausserordentlich beweglich, denn er liess sich unter den Nabel, dann fast bis zum Proc. ensiformis, nach rechts von der L. mammaria dextra, oder in das linke Hypochondrium verschieben; für gewöhnlich lag er oberhalb des Nabels etwas nach rechts von der Linea alba. Nachdem wir uns vergewissert hatten, dass wir einen sehr beweglichen, scharf abgegrenzten, einen fast vollständigen Verschluss bedingenden Pyloruskrebs mit enormer Dilatation des Magens vor uns hatten, wobei die Leber klein, Retroperitonealdrüsen nicht vergrössert und andere Organe (Herz, Lungen, Nieren) gesund waren, entschloss ich mich unverzüglich zu operiren, worin die Kranke einwilligte. Die einzige Contraindication bestand in äusserster Schwäche der Patientin; 2 Tage vor der Operation z. B. konnte man am Abend den Puls an der Art. radialis nicht fühlen. Am Tage vor der Operation hat die Kranke einige Resorcinpulver bekommen, am folgenden Tage hatte der bei der Ausspülung ausfliessende Inhalt einen ekelhaften, vorher nie dagewesenen Geruch und musste man deswegen den Magen mehrmals mit Wasser, dann mit Thymollösung und schliesslich mit einer 2% Lösung von doppeltkohlens. Natron ausspülen, und es kamen immer noch kleine Rübenstückchen zum Vorschein. Dr. Dunin, welcher die Kranke untersucht hat, bemerkte den Umstand, dass es nicht gelang durch Kneten und Reiben des Bauches Magencontractionen auszulösen, was ebenfalls ein Zeichen der grossen Schwäche seiner Muskulatur war.

Den 15. Mai 1888 habe ich in Anwesenheit vieler Collegen die Operation ausgeführt; sie dauerte 2½ Stunden. Schnitt in der Linea alba. Nach dem Einführen der Hand in die Peritonealhöhle zeigte es sich, dass der harte, auf den Pförtner beschränkte, apfelgrosse, weder mit Pancreas, noch mit Colon transversum verwachsene Tumor sich mit Leichtigkeit herausholen lässt, so dass die ganze Operation ausserhalb der Bauchhöhle vor sich geht. Der Magen ist contrahirt, das grosse Netz schmal, in Folge von einigen gerstenkorn- bis bohnengrossen, längs der grossen Curvatur liegenden Krebsknoten geschrumpft. In der Nähe der kleinen Curvatur sieht man noch einige kleinere Knoten. Ich trennte nun die vom Krebs ergriffene Partie vom Colon transversum ab, indem ich die Ligatur soweit wie möglich vom Darme anlegte, wobei ich aber auch den die Krebsknoten enthaltenden Theil des grossen Netzes mitnahm. Hier musste man in Folge der Schrumpfung des Netzes die Ligatur in einer Entfernung von 2—1½ Ctm. vom Colon transversum anlegen. Jetzt folgte die Abtrennung des kleinen Netzes, so dass ein Theil desselben sammt den Knötchen bei dem Tumor zurückblieb. Es wurde unter den Tumor ein Streifen Jodoformgaze untergelegt und der Magen von der kleinen Curvatur an so weit nach unten durchgeschnitten, dass der nicht durchschnittene, an der grossen Curvatur zurückgelassene Theil später ein Lumen gäbe, welches dem des Duodenums gleich wäre. Nach der Durchschneidung zeigte sich der Magen so gut ausgewaschen, dass nicht ein Tropfen von Inhalt oder von Schleim aussickerte. Gleich wurde die Verengerungsnaht angelegt und zwar: 1) Kürschnernaht der Schleimhaut allein, 2) Lembert'sche Naht. Nachdem ich diese langwierige Arbeit vollendet hatte, durchschnitt ich den Rest des Magenumfanges (von der Geschwulstgrenze etwa 2—3 Ctm. weit), worauf ich den Tumor mit dem Duodenum nach rechts umschlug und ohne den Tumor von der Seite des letzteren (Duodenums) abzuschneiden, gleich die Knopfnaht anlegte, welche die Serosa und die Muscularis der hinteren Magenwand mit der Serosa der hinteren Wand des nicht durchschnittenen Duodenums in einer 1 Ctm. von der Geschwulstgrenze entfernten Linie mitfasste. Erst nachdem ich so den Magen mit dem Duodenum zusammengeheftet hatte, schnitt ich den Tumor vom Letzteren mit der Scheere ab; gleich nachher wurde die Schleimhaut der hinteren Magenwand mit der Schleimhaut der hinteren Duodenumwand durch Kürschnernaht vereinigt, worauf ich nach dem Vorgange von Rydygier mit demselben Faden die Vernähung der Magenschleimhaut mit der Schleimhaut des Duodenums von vorne vollendete. Es war dabei nöthig einige Fäden der Verengerungsnaht zu lösen, weil die Magenöffnung im Vergleich mit dem Duodenumlumen zu klein ausfiel. Dann folgte die erste Reihe der Lembert'schen Knopfnaht auf die vordere Wand des Magens und des Duodenums; endlich die dritte Reihe der Knopfnähte von Czerny sowohl auf die ganze Verengerungsnaht und von vorne auf die Occlusionsnaht. Dann nahm ich das Colon transversum aus der Peritonealhöhle heraus und besichtigte dasselbe auf's Sorgfältigste; trotzdem es vom grossen Netz sehr nahe der Anheftungsstelle abgetrennt wurde, waren während 2-stündiger Operationsdauer keine Erscheinungen zu sehen, welche auf Brand hindeuteten; ich unterliess daher die Resection des Colons und versenkte dasselbe in die Peritonealhöhle. Jetzt folgte die Toilette und Vernähung der Bauchwunde. Die Kranke hat garnicht erbrochen, erwachte leicht, mit völlig erhaltenem Bewusstsein. Puls war kaum zu fühlen; Zahl der Herzschläge 90 in der Minute. Abends starke Schmerzen. Durst. (Ernährungsklystiere). Der Tod erfolgte 16 Stunden nach der Operation, ohne dass irgend welche bedrohlichen Symptome vorausgegangen waren. Befürchtung, ob nicht die Blutung die Todesursache war.

Die 29 Stunden nach dem Tode von Dr. Przewoski ausgeführte Section hat keine Spur von Blut oder Exsudat ergeben. Die zusammengenähte Stelle liegt unterhalb des Randes der den neuen Pförtner zum Theil bedeckenden Leber und der Bauchwunde gegenüber. Das dunkel gefärbte und contrahirte Colon transversum liegt unter dem Magen. Diese Theile wurden sammt dem grossen Netz ausgeschnitten und in Alkohol aufbewahrt. In den Retroperitonealdrüsen, im Pancreas etc. keine Spur von secundären Krebsknoten. In der Leber allein fand man 3—4 erbsen- bis gerstenkorngrosse Knötchen.

Untersuchung des ausgeschnittenen Tumors. Das excidirte Stück hat die Gestalt eines abgeplatteten, abgestutzten Conus und ist an der Seite der grossen Curvatur 9 Ctm. lang (wobei wir auch den ausgeschnittenen und beim Tumor gelassenen Streifen der gesunden Magenwand mitrechnen). Die Neubildung nimmt den ganzen Pylorustheil ringsum wallförmig ein; die Grenze des Krebses ist sowohl von der Seite des Magens, besonders aber von der Seite des Duodenums für das blosse Auge sehr deutlich und scharf; an der Stelle, wo die Neubildung aufhört, fängt gleich die gesunde weiche Wand des Magens und des Duodenums an. Das Lumen des Pylorustheiles ist sehr stark verengt und hat, von der Magenseite betrachtet, die Gestalt eines Trichters, dessen Wandungen exulcerirt sind; von der Seite des Duodenums ist die Öffnung so eng, dass sie kaum eine Uterussonde durchlässt. Auf derselben Seite biegt die von der kleinen Oeffnung gehende Mucosa auf dem Tumor rechtwinklig um und ist mit demselben fest verwachsen. Die Länge dieses Trichters, d. h. des Lumens der Neubildung beträgt 6 Ctm. Längs der grossen Curvatur sieht man einige erbsengrosse und noch kleinere Knötchen. Die Untersuchung des der Leiche entnommenen Präparates ergab, dass das Duodenum so genau mit dem Magen vernäht war, dass kein Tropfen des aus der Wasserleitung durchfliessenden Wassers durch die Naht herausfloss. Der Theil des Duodenums in der dem abgetrennten Theile des Mesocolons entsprechenden Ausdehnung wurde dunkler gefärbt, aber in demselben Grade, wie die übrigen Theile contrahirt gefunden.

Bemerkungen. Dieser Fall gehört in Betreff der localen Bedingungen zu den ausnahmsweise günstigen für die Operation. Wenn man solche Fälle sieht, so ist man geneigt zu glauben, dass eine langdauernde und vielleicht auch vollständige Heilung des Pyloruskrebses möglich ist, man muss nur früh genug, im gegebenen Falle z. B. wenigstens ein Jahr früher operiren. Bei dem jetzigen Verhalten der meisten Therapeuten, besonders bei uns, gehört leider die Möglichkeit eines so frühzeitigen Operirens einer nicht voraus zu bestimmenden Zukunft an. Fürwahr bei der Ueberzeugung, dass jede Behandlung erfolglos ist, sollten die Aerzte bei leisestem Verdacht auf Magenkrebs dem Kranken unverzüglich die explorative Laparotomie, und nach der Bestätigung der Diagnose die Entfernung der Neubildung anrathen. Man hat nicht den geringsten Grund zur Meinung, dass hier die Operation schlechtere Resultate in Betreff der radicalen Heilung geben wird, als die an anderen Organen ausgeführten Operationen. Im Gegentheil haben wir alle Gründe zu glauben, dass die in gewissen Fällen früh ausgeführte Operation einen grösseren Procentsatz vollständiger Heilungen zu erzielen erlauben wird, und zwar wegen der in diesen Fällen ausnahmsweise scharfen Abgrenzung des Tumors durch lange, sehr lange Zeit, von welcher wir heute, auf das bisherige anatomische Material uns stützend, keinen Begriff haben. Bevor der Krebs den ganzen Pylorus ergreift und umgiebt, ruft er eine colossale Dilatation hervor, was einer ziemlich langen Zeit bedarf; und auch dann noch, wie z. B. im gegebenen Falle, finden wir bei der Section einen auffallend abgegrenzten Tumor und von Metastasen kaum einige sehr kleine Knötchen in der Leber! Es ist unzweifelhaft, dass nicht alle Fälle in Betreff der Operation so günstig verlaufen, sie gehören sogar der Minderzahl an. Was in diesen geeigneten Fällen für die Exstirpation des Magenkrebses besonders günstig ist, ist der Reichthum des übrigbleibenden Materials, welches mit seltenen Ausnahmen (wir sprechen von frühzeitigem Operiren) immer zum Ersatz des nach der Resection entstandenen Defectes ausreicht. Die Magenwand lässt sich ausgezeichnet gut nähen, sie ist im Vergleich mit der dünnen Darmwand (beim Lebenden, — in der Leiche sehen wir den Magen macerirt) auffallend dick; ihr Blutgehalt ist sehr gross; Verwachsungen, wenigstens in frühen Krankheitsperioden, existiren wahrscheinlich nicht. Unsere Kranke starb an Erschöpfung. Das ist sehr erklärlich: die Pylorusresection, abgesehen von anderen Umständen (wie lange Dauer der Operation, Hunger, Darmreinigung), bringt den Kranken in keine günstigere Lage, als z. B. Herniotomie, im Gegentheil, zu dem schlechten Zustand der Kranken, zur Erschöpfung in Folge der Operation kommt noch mehrtägiges Fasten hinzu. Daher sind die bisherigen Resultate so traurig. Es liegt nun wenigstens zum Theil in der Macht der Aerzte, dass dieselben sich anders gestalten, besonders da wir wissen, dass die explorative Laparotomie an und für sich sogar bei am Rande des Grabes stehenden Leuten eine unschädliche Operation ist.

2. Zwei Fälle von Gastroenterostomie.

Beobachtung III. Carcinoma pylori, Gastroenterostomia.

Katharina Widlaszewska, 50-jährige Tagelöhnerin aus Jadow, kam in das Spital den 26. Oct. 1888. Sie fühlte sich bis zum März dieses Jahres vollständig gesund und arbeitsfähig und hatte keine Beschwerden. Erst im März stellten sich Bauchschmerzen und Erbrechen ein, welches einige Zeit nach dem Essen, anfangs seltener, dann ein oder mehrere Male täglich auftrat, bis jetzt dauert und nie Blut enthielt. Ungefähr vor einem halben Jahre hat sie sich selbst zufällig einen grossen Tumor im Bauche auspalpirt. Seit der Zeit wächst derselbe immer mehr, die Schmer-

zen sind immer heftiger und werden nicht nur im Bauche, sondern auch zwischen den Schultern gefühlt. Die Abmagerung hat den höchsten Grad erreicht. Sie kam, den Rath des Pfarrers befolgend, nach Warschau, hier Hilfe zu suchen.

Status praesens: Mittelgrosse, äusserst abgemagerte, 77 ℔ schwere Frau mit trockener, fast garnicht elastischer Haut, die trotzdem weiss-röthlich ist, ohne jede Spur von gelblicher Verfärbung, kurz ohne Zeichen einer Krebscachexie.

Der Bauch ist eingesunken, weich; von Weitem kann man mit blossem Auge einen, die Gegend unter dem rechten geraden Bauchmuskel oberhalb der Nabellinie einnehmenden Tumor sehen, seine Lage ist jedoch sehr veränderlich, da er sehr beweglich ist; man kann ihn noch mehr nach rechts oder unter den Nabel oder auch in das linke Hypochondrium verschieben; er ist sehr hart, uneben, abgeplattet, links breiter als rechts, wie keilförmig. Da die Bauchwand sehr schlaff ist, so kann man fast den ganzen Tumor mit den Fingern umgreifen. Ausserdem fühlt man Kothknollen im Dickdarm. Die Leber ist nicht vergrössert. Andere Organe gesund; kein Eiweiss im Harn. Von Zeit zu Zeit, im Allgemeinen selten, empfindet die Kranke ein Gefühl von Krämpfen, der Bauch wird nach ihrem Ausdruck härter, dann sieht man schwache peristaltische Bewegung des in Form einer abgeplatteten Kugel sichtbaren Magens. Nach dem Aufblähen des Magens mit Kohlensäure wird der Magen deutlich sichtbar, hat eine fast normale Gestalt, oben mit einem Einschnitt; seine untere Grenze reicht 2—3 Finger breit unter die Nabellinie. Der Tumor nimmt den rechten, schmäleren Magentheil ein. Dabei sieht man sehr energische peristaltische Bewegungen, der Magen wird härter und erscheint wie getheilt durch eine Art Einschnürung, dann treten antiperistaltische Bewegungen auf, die rechte Seite verschmälert sich, schliesslich kommt das Aufstossen und der Magen wird wieder weicher.

Daraus kann man den wichtigen Schluss ziehen, dass trotz der Dilatation die Energie der Magenmuskeln sich noch in ziemlich gutem Zustande erhalten hat. In der aus dem Magen herausbeförderten, von Dr. Sklodowski untersuchten Masse fand man keine HCl, aber viel Peptone; nach der Zugabe von HCl wird das Eiweiss vom Magensafte verdaut, — der Magen hat also seine Verdauungskraft noch nicht gänzlich eingebüsst.

Den 31. Oct. 1888 wurde der Magen von Dr. Ciechomski zuerst mit einer Lösung von doppeltkohlensaurem Natron, dann mit 2‰ Chloroformlösung ausgespült. An demselben Tage schnitt ich, in der Chloroformnarkose, den Bauch in der Linea alba auf und nahm sogleich den Tumor sammt dem Magen aus dem Bauche heraus. Der Krebs nahm in Form eines grossen Tumors den ganzen Pylorustheil und die angrenzenden Magenpartien ein; längs der grossen Curvatur reicht er sehr weit nach links, fast bis zur Cardia, und verbreitet sich in viel geringerem Grade an der grossen Curvatur. Seine Grenze ist gegen das Duodenum hin sehr deutlich, von der Magenseite dagegen undeutlich. Auf der Magenserosa sieht man narbige Streifen, Pünctchen und Fältchen, welche desto deutlicher sind, je näher dem Pylorus sie sich befinden; in der Gegend dieses letzteren hat der Krebs auch die Serosa selbst verändert und wächst hier kammartig auf der äusseren Fläche. Der Tumor ist sehr beweglich und es existirt von dieser Seite kein Hinderniss zu seiner Exstirpation, aber in beiden Netzen fühlt man zahlreiche Knoten und ausserdem zieht sich der grossen Curvatur entlang ein fast fingerdicker Wall, welcher aus geschwelltem, die Coronaria umgebendem Gewebe besteht. Die Coronaria ist ungemein erweitert, was beweist, dass der Blutabfluss in die Pfortader erschwert ist, — daher Dilatation und Anschwellung. In der Pylorusgegend ist das Colon transversum an den Tumor angezogen; wenn man also den Tumor exstirpiren wollte, so müsste man ausschneiden: 1) ³/₄ vom Magen, 2) mit demselben einen breiten Streifen des grossen Netzes in bedeutender Ausdehnung, d. h. 3) gleichzeitig auch das ganze Colon transversum, was angesichts der ausserordentlichen Erschöpfung der Kranken mir zu gewagt erschien; deshalb entschloss ich mich unverzüglich die Gastroenterostomie auszuführen. — Um eine Schlinge in möglichster Nähe des Duodenums zu bekommen, nahm ich das Coecum heraus und von demselben an ging ich die ganze Länge des Dünndarmes mit den Fingern durch, bis ich in dieser Weise den Anfang des Jejunums fand, welches ich zur Verbindung mit dem Magen auswählte. Die Verbindung selbst habe ich in folgender Weise ausgeführt: es wurde eine Kürschnernaht angelegt, welche die Serosa nebst Muscularis des Magens und des Darmes verband; dann schnitt ich dicht neben der Naht die Wand des Magens und des Darmes durch, deren Höhlen leer waren, so dass aus denselben nichts herausfloss. Nun folgte 2) die von hinten die Magenmucosa mit der Darmmucosa verbindende Kürschnernaht; 3) ferner eine Kürschnernaht, welche die Magenmucosa mit der Darmmucosa von vorne verband; 4) eine secundäre Knopfnaht auf die Muscularis und Serosa. Der Darmschnitt wurde in der Längsaxe des Darmes auf der der Mesenterialinsertion entgegengesetzten Seite gemacht, der Magenschnitt längs der grossen Curvatur ein Finger breit von der Coronararterie entfernt in der am tiefsten gelegenen Magenpartie, somit ungefähr in der Mitte der grossen Curvatur (zwischen dem Pylorus und der Cardia). Ich nähte (wie immer) mit feinster Seide. Die Operation dauerte 1½ Stunden. Naht der Bauchwand. Die Kranke kam recht bald zu sich; Puls nach der Operation 104; während der Operation mehrmaliges Erbrechen.

Der Verlauf nach der Operation sehr günstig, ohne Fieber, Erbrechen oder Singultus; die Kranke liegt ruhig da und klagt nur über ziemlich selten auftretende Krämpfe; die ersten paar Tage hat sie Nährklystiere und per os nur Wasser bekommen; vom 4. Tage an fing man an ihr Milch mit HCl und Cognac zu verabreichen. Den 9. Tag hat sie eine reichliche aus harten, im Dickdarm schon vor der Operation fühlbaren Kothknollen bestehende Ausleerung gehabt; es war dies der erste freiwillige Stuhlgang seit einigen Wochen.

Den 10. Tag entfernte ich die Nähte; es trat vollständige prima intentio ein. Der Puls hielt sich dauernd zwischen 88—108. Seit der Zeit fühlte sich die Kranke recht gut und hoffte ihre Kinder wiederzusehen. Zwei Wochen nach der Operation bekam sie nach dem Genuss von Fleisch einen Durchfall, welcher mit kleinen Unterbrechungen bis zum Tode dauerte und sich durch keine Mittel stillen liess. Die Untersuchung des Stuhlganges ergab, dass die Speisen den Darmkanal schnell passiren und wenig verändert, mit Schleim vermischt, herausbefördert werden. Die Kranke starb unter Symptomen der Erschöpfung.

Die von Dr. Przewoski nach dem Tode unternommene Untersuchung ergab ausser einer enormen Dilatation des Magens einen Darmcatarrh. Die aus dem Magen in's Jejunum führende Oeffnung liess 2 Finger durch; die Mucosa des einen Organes geht in die des anderen über.

Beobachtung IV. Strictura cicatricialis pylori post ulcus rotundum; Gastroenterostomia.

Joseph G., Bauer aus der Gegend von Lowicz, 19 Jahre alt. Die Krankheit fing vor 4 Jahren an mit starkem Schmerz im Epigastrium, welcher nach der Wirbelsäule hin ausstrahlte; dieser höchst empfindliche Schmerz wurde bei der Berührung der Haut in der Hypogastriumgegend stärker, stellte sich auf je mehrere Minuten ein, steigerte sich beim Gehen und Stehen und dauerte ein halbes Jahr lang; ausserdem empfand der Kranke fast unaufhörlich einen dumpfen Schmerz und Brennen im Epigastrium, und zwar sowohl in nüchternem Zustande, als auch nach dem Essen. Gleichzeitig bemerkte der Patient reichliche Absonderung von Speichel, den er hinunterschluckte, und starken Durst, den er reichlich mit Wasser löschte; das schaffte ihm zwar momentane Erleichterung, es trat aber dafür ein unangenehmes Gefühl von Vollsein, von Aufblähung auf, welches er nach und nach dadurch zu beseitigen lernte, dass er die Finger in den Rachen einführte und so künstlich Erbrechen hervorrief. Erst nach reichlichem Erbrechen empfand er einige Stunden oder Tage lang Erleichterung und Beruhigung. In der erbrochenen Masse bemerkte er ausser den genossenen sauren oder etwas bitteren Speisen eine fast immer auftretende röthliche Verfärbung, welche ihm unverständlich war. Dabei erfreute er sich eines guten Appetits. Nach und nach trat Abmagerung und Erschöpfung ein. Gegenwärtig sind die einzigen Symptome ausser einem Gefühl von Schwäche: die Ueberfüllung des Abdomens, das Hin- und Herschwappen im Bauche beim Umdrehen im Bette, ein zuweilen übelriechendes Aufstossen, Erbrechen und peristaltische Magenkrämpfe, die der Kranke treffend als „Wellen“ bezeichnet.

Status praesens: Normaler, schmächtiger Bau; Haut und Muskeln schlaff und dünn, Schleimhäute blass; Mangel an Fettgewebe; die Entwickelung im Allgemeinen mangelhaft, so dass der 19-jährige Kranke das Aussehen eines 14-jährigen Knaben hat. Puls schwach, zwischen 92—100; die Extremitäten kühl, das Körpergewicht 28,1 Kilo. Lungen und Herz gesund.

Der Bauch ist vergrössert, der über dem Nabel liegende Theil aufgetrieben, in dem Winkel zwischen den, bei dem Processus ensiformis zusammenlaufenden Rippenbogen eine nach unten begrenzte, durch eine der kleinen Curvatur entsprechende Erhabenheit scharf contourirte Vertiefung. Von Zeit zu Zeit tritt entweder von selbst, oder beim Streicheln und Kneten des Bauches ein Magenkrampf auf, wobei man durch die verdünnte Bauchwand die untere Magengrenze in Form eines 5 Ctm. langen Bogens sich deutlich unter dem Nabel abheben sieht. Der Magenkrampf tritt in Form einer undeutlichen Erhöhung im linken Hypochondrium auf, von wo er in Form einer immer deutlicher contourirten Welle rasch nach unten verläuft und nachdem er mehr oder weniger den Nabel erreicht hat, erscheint eine starke, zwei Ballen trennende Einschnürung, von denen der eine scharf contourirte rasch energisch nach oben in das rechte Hypochondrium hinaufgeht, während der andere sich vom Nabel nach oben in das linke Hypochondrium zurückzieht und dort verschwindet. Eine solche Phase wird häufig in gleicher Weise von einer neuen gefolgt. Beim Abtasten der Magengegend hat man das Gefühl eines aufgeblasenen Luftkissens; beim Schütteln hört man Plätschern und Schwappen. Die Percussion in Verbindung mit der Auscultation lässt uns die Magengrenzen genau bestimmen.

Die im nüchternen Zustande ohne vorherige Ausspülung herausbeförderte Flüssigkeit bildet nach dem Stehen 3 Schichten: eine schäumende, röthliche obere, eine mässig getrübte mittlere und eine dickliche, mit Semmelstückchen und Grütze vermischte untere Schicht. Fettsäuregeruch, Reaction stark sauer, der Säuregehalt = 0,4—0,5‰, wovon 0,25—0,5 auf Salzsäure kommt. Salz-

säure sehr deutlich durch Methylenblau, Tropäolin, Kongo und Ginzburg'sche Reaction nachgewiesen. Neben Salzsäure noch Buttersäure, Milchsäure, Peptone und Traubenzucker. Die erhaltene Flüssigkeit filtrirt schwer, enthält viel Schleim; unter dem Mikroskop findet man in ihr Speisereste (etwas Fleisch, sehr viel Stärkekörner, Sarcine, Hefepilze, Schleimkörperchen). Die nach vorausgegangener Ausspülung im nüchternen Zustande herausbeförderte Flüssigkeit ist sauer und giebt eine deutliche HCl-Reaction (0,15—0,28%). Stuhlgang spärlich, trocken, beerenförmig, erfolgt alle 3—4 Tage. 24-stündige Harnmenge beträgt 345—1050, reagirt dauernd neutral, spec. Gew. 1016—1011; Chloride 4—4,6, Phosphate 1,07, Sulfate 0,6, Harnstoff 13,76—28,08—21,23.

Auf diese Untersuchung sich stützend, stellte Dr. Grabowski, dem ich die obigen Daten und ihre Beschreibung verdanke, die Diagnose auf Pylorusstrictur in Folge eines runden Geschwürs. Nach gemeinsamer Berathung entschlossen wir uns auf dem Wege der Operation Hilfe zu suchen und nach Eröffnung der Bauchhöhle entweder die Operation von Heinecke (Incision längs des verengten Pförtners und Vernähung der Wunde in querer Richtung), oder die Digitaldilatation von Loretty, oder die Resection auszuführen, oder auch, wenn alle diese Operationen sich als unausführbar erweisen sollten, uns mit der Gastroenterostomie zu begnügen.

Den 20. Dec. 1888 eröffnete ich in der Privatklinik von Dr. Dobrski in der Chloroformnarkose die Peritonealhöhle und kam gleich auf den Magen; da ich mich aber bald überzeugte, dass dieser Schnitt an dem nach rechts verzogenen und unter der Leber versteckten Pylorus kein freies Operiren gestattet, machte ich noch einen Querschnitt durch den rechten geraden Bauchmuskel; es zeigte sich dann, dass der Pylorus fest und breit mit der Gallenblase verwachsen ist, welche angezogen eine Art Brücke bildet, — ausserdem dass der verengte Pylorus und das Duodenum unbeweglich mit den sie umgebenden Theilen verwachsen und tief unter die Leber eingezogen sind. Die Verengerung betrifft nicht nur den Pylorus, sondern auch den oberen Duodenumtheil und zwar wahrscheinlich bis zur Höhe der Mündung des Duct. choled. (denn es war keine Gelbsucht vorhanden). Bei dieser Sachlage, wo alle anderen Operationen sich als unausführbar erwiesen, führte ich die Gastroenterostomie aus, nachdem ich das Jejunum an die vordere Magenwand gleich unter der grossen Curvatur möglichst nahe vom Pylorus angenäht hatte.

Der Kranke starb am 4. Tage nach der Operation unter heftigen Schmerzen bei äusserster Schwäche. Den 24. machte Dr. Przewoski die Section. Nach der Eröffnung der Bauchhöhle zeigte sich, dass die Naht rein aussieht, das Bauchfell glatt und glänzend ist, und dass in der Peritonealhöhle sich sehr wenig seröse Flüssigkeit befindet. Der Magen ist stark dilatirt und etwa drei Mal grösser, als man es nach der Körpergrösse erwarten müsste. Die Dilatation betrifft den ganzen Magen, und ausserdem sieht man, dass die Magenwand recht hart ist. Nach der Durchschneidung constatirt man, dass dies durch die Wucherung aller Bestandtheile des Magens bedingt ist. Die Mucosa ist um die Hälfte verdickt, die Muscularis ist überall 3 Mal dicker, mit deutlicher Faserung. Am meisten fällt die Verdickung in der Pylorusgegend auf; auf der Mucosa bemerkt man ausser der Hypertrophie keine auffallenden Veränderungen. Der Pylorustheil ist von aussen durch starke Pseudomembranen mit der unteren Fläche der Gallenblase, mit der unteren Fläche der Leber, und vorne und unten mit dem Colon transversum und mit dem grossen Netz verwachsen. Der Pylorus selbst ist so verengt, dass er die Spitze des kleinen Fingers nur schwer durchdringen lässt. Eine ähnliche Verengerung bemerkt man an demjenigen Duodenumtheil, welcher die unmittelbare Fortsetzung des Pylorus bildet; weiterhin zeigt das Duodenum keine Veränderungen. In der Gegend der Valvula pylori selbst findet sich ein altes die obere und hintere Wand einnehmendes rundes Geschwür, welches den hinteren Abschnitt der Klappe schräg in der Richtung von oben nach unten und von rechts nach links einnimmt, so dass der obere Theil des Geschwürs im Duodenum und der untere auf der hinteren Magenwand sich befindet. Das Geschwür hat glatte, harte, narbige Ränder und ebensolchen Grund, und stellt sich in seinem unteren Theil in Form einer linealen dicken Narbe dar. Das Schrumpfen der Narbe des heilenden Geschwürs, so wie die benachbarten Verwachsungen haben die Pylorusstenose bedingt. Drei Finger breit vom Pylorus auf der grossen Curvatur bemerkt man die chirurgische, 2 Finger breite, längs der grossen Curvatur liegende Oeffnung, deren Ränder mit dem freien Rand des oberen Jejunumtheils ca 12 Ctm. vom unteren Duodenumende entfernt vernäht sind. Die Naht hält sich an der Leiche ausgezeichnet, ist mit Exsudat nicht bedeckt, und der Durchgang vom Magen in's Jejunum ist ganz frei.

Referate.

Ueber Exalgin ($C_9H_{11}NO$).

1) Fraser: „A clinical lecture on the analgesic action of methylacetanilide or exalgine". (Brit. med. Journ. 1889, p. 344).
2) Prévost: „L'exalgine et ses dangers". (Rev. génér. de clin. et de thér. 1890, № 14).
3) Rabow: „Exalgin". (Therap. Monatsh. № 5).
4) Bokenham und Lloyd Jones: „On two cases of poisoning by anilides". (Brit. med. Journ. 1890, pag. 288).
5) Ainslie Johnston: „Poisonous effects of exalgine". (Brit. med. Journ. 1890, pag. 1009).
6) Hinsley Walter: „Poisonous effects of exalgine". (Brit. med. Journ. 1890, pag. 1246).

1) Fraser hat bei 88 Kranken das Exalgin in allmälig von 1, 2, 4 Gran bis zu 14 pro die steigenden Gaben angewandt und hat in 61 Fällen guten Erfolg gehabt, den besten bei Neuralgien (von 52 — 48 Erfolg), ohne Resultat blieb es bei Leberkrebs, Aortenaneurysma, Kreuzabscessen; störende oder gefährliche Nebenwirkungen hat er nicht gesehen.

2) Prévost warnt vor allzu grossem Enthusiasmus für das Exalgin, da es seiner leichten Löslichkeit halber gefährlicher als Antipyrin und Antifebrin sei.

3) Rabow, bereits referirt.

4) Jessop Bokenham und Lloyd Jones: 24-jähriges Mädchen mit Myelitis, Schmerzen in Rücken und Gliedern, Amenorrhoe und habitueller Verstopfung erhielt anfangs 3 Mal täglich zu 2 Gran Exalgin, später, als diese Gaben nicht wirkten, zu 4 und 6 Gran. Am 14. Tage des Gebrauches Cyanose des Gesichts, Uebelkeit, Schwindel, Gesichtsverdunkelung, Druck in dem Präcordium, schwacher Puls. Die Cyanose entwickelte sich weiter trotz Anwendung von Cognac und Inhalationen von Amylnitrit und wich nebst dem gleichzeitigen Erbrechen, schaumigem Speichelflusse, Delirien, Pulsbeschleunigung erst nach 5 Stunden (Strychnininjectionen und Tinct. Digitalis).

5) Ainslie Johnston: 50-jähr. Arzt, an starken Schmerzen im Kreuz leidend, nahm in ³/₄-stündlichem Zwischenraum erst 1, dann 2 Gran Exalgin. ³/₄ Stunden nach der letzten Dosis Collaps mit höchst erschwertem Athmen, Pulsschwäche, Erkaltung der Körperoberfläche, Gesichtsblässe, 2 Stunden später Erbrechen und häufiges schmerzhaftes Harnen, 1 Stunde darauf Schlaf, am folgenden Morgen leichter Icterus, keine Cyanose.

6) Hinsley Walter: 29-jähr. anämische, an Neuralgien des Gesichts und Agrypnie leidende Dame wurde nach Gaben von 5 Gran 10 Minuten lang bewusstlos, es trat allgemeine Schwäche und Sehschwäche ein. Die Neuralgie schwand jedes Mal nach 5 Gran Exalgin, nach 10 Tagen verschwand sie gänzlich. Die Analgesie soll durch Einwirkung auf's Gehirn entstehen. (Nach Med. Obosr. № 10). Hinze.

Prof. Hugo Schulz: Arsenigsaures Kupfer bei acuten Erkrankungen des Darmes. (D. med. W. № 18).

Von amerikanischen Aerzten ist das Mittel bei allen Fällen von Cholera, Cholerine und Sommerdiarrhoe empfohlen. Die Dosis beträgt 0,0006 : 120,0—180,0, zunächst alle 10 Minuten, dann halbstündlich oder stündlich einen Theelöffel.

Schulz sieht Arsen und Kupfer, welche beide starke Darmgifte sind, in so geringer Dosis als energische Stimulantien der Darmgewebe an, und erklärt sich so die günstige Wirkung, glaubt nicht, dass die antibacilläre Wirkung in Frage kommt,

Mittlerweile hat Broughton auch über günstige Wirkung desselben Mittels berichtet, er wandte es in doppelt so starker Dosis an. Max Schmidt.

A. Nykamp: Versuche über die Wirkung der heissen Luft nach Weigert bei Larynxtuberculose. (D. med. W. № 18).

Die Resultate der experimentellen Vorprüfungen sind genau die gleichen, wie sie von vielen Untersuchern bereits veröffentlicht wurden: es findet eben keine Temperaturerhöhung der Athmungsluft statt. Die praktische Anwendung der Methode bei Kranken mit Larynxtuberculose ergab, dass ein günstiger Einfluss weder auf den localen Process, noch auf den allgemeinen Zustand der Patienten wahrgenommen werden konnte. Max Schmidt.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Felix Semon: Die Frage des Ueberganges gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige, speciell nach intralaryngealen Operationen. Ergebnisse einer Sammelforschung unter den Laryngologen der Welt, veranstaltet vom Internationalen Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften. Berlin 1889. August Hirschwald.

In den ersten zwei Capiteln, Einleitung und Geschichte der Frage, entwickelt Verf., wie es zur Sammelforschung kam. Sie entsprang aus der Nothwendigkeit, die Behauptung von Lennox Browne, dass in Folge von intralaryngealen Operationen gutartige Neubildungen des Kehlkopfes in bösartige sich verwandeln, obgleich von vielen Seiten angegriffen und berichtigt, von ihm jedoch immer aufrecht gehalten, durch die Aussagen der operirenden Laryngologen der Welt zu prüfen.

Im Capitel III: die Sammelforschung, ihre Aufnahme, Einwände gegen dieselbe — wird die günstige Aufnahme constatirt und die Einwände gegen dieselbe widerlegt.

Capitel IV bespricht „die laryngoskopische Differentialdiagnose zwischen gutartigen und den früheren Stadien bösartiger Kehlkopfneubildungen". Capitel V: „die Bedeutung der mikroskopischen Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente für die Differentialdiagnose zwischen gutartigen und bösartigen Kehlkopfneubildungen. Mischgeschwülste". (Die mikroskop. Untersuchung ist werthvoll, aber nicht unfehlbar, zumal bei der Möglichkeit von Mischgeschwülsten). Capitel VI: „sonstige differentiell diagnostische Anhaltspuncte (Alter, Heredität, Schmerz, Druckempfindlichkeit, Lymphdrüsenschwellung, Heiserkeit, Dyspnoe, Dysphagie, vermehrte Schleimabsonderung)", die mit grosser Reserve zu verwerthen sind.

Im Capitel VII behandelt Verf. „die Frage des Ueberganges gutartiger Geschwülste in bösartige, die Principien der Analyse der Sammelforschung. Diagnostische Irrthümer".

Es folgen dann Cap. VIII: die tabellarische Uebersicht der eingelaufenen Beobachtungen; Cap. IX: die Fälle spontanen Ueberganges; Cap. X: die Fälle von Umbildung der Neoplasmen; Cap. XI: die zweifelhaften Fälle von Umbildung und Cap. XII: „das Gesammtergebniss der Sammelforschung".

Ref. lässt die unwichtigeren Resultate unberücksichtigt und beschränkt sich nur auf das Resultat über die Frage, ob der Uebergang der gutartigen Neoplasmen in bösartige oft vorkomme. Es ergiebt sich, dass ein solcher unter 10,747 Beobachtungen 45 Mal (12 Mal spontan, 33 Mal nach Operationen), das heisst 1 : 239 Fällen constatirt worden ist — jedenfalls nicht oft. Sichtet man genauer, so kommt man zu einem überraschenden Resultate. In den 10,747 Fällen (wovon 2531 Fälle ohne Operation mit 12 Spontanumwandlungen und 8216 Operationen mit 33 Umbildungen) findet man für die operativen Fälle das Verhältniss — 33 : 8216 = *1 : 249*. Analysiren wir diese näher, so finden wir Folgendes: Von den Uebergängen sind notirt als „ganz" oder „fast ganz sichere" 5, also 5 : 8216 = 1 : 1643 (0,6‰). Zählt man die 7 „wahrscheinlichen" Fälle hinzu, so hat man 12 : 8216 = 1 : 685 (nicht ganz 1,5‰). Bei Zuzählung der 10 „zweifelhaften" erhält man 22 : 8216 = 1 : 373 (3‰), weiter der 9 „im höchsten Grade zweifelhaften" Fälle 31 : 8216 = 1 : 233 und schliesslich noch der 2 „Narbengeschwülste" 33 : 8216 = 1 : 249 (4‰). Vrf. selbst bleibt beim Verhältnisse 22 : 8216 = 1 : 373 stehen.

Dagegen finden wir für die nicht operirten Fälle mit Umbildungen das Verhältniss 12 : 2531 = *1 : 211*. Vergleichen wir diese Zahl 12 : 2531 = *1 : 211* mit der 33 : 8216 = *1 : 249*, so erweist sich ein Plus der Umwandlungen für die *nicht* operirten Fälle, wodurch der Lennox Browne'schen Ansicht der Todesstoss gegeben ist. J. F. Neumann.

Georg Hünerfauth: Ueber die habituelle Obstipation und ihre Behandlung mit Elektricität, Massage und Wasser. 2. Auflage. Wiesbaden 1890. J. F. Bergmann.

Verf. behandelt in der vorliegenden Schrift erst genau die Ursachen der Obstipation, dann deren Symptome und schliesslich die Therapie mittelst Elektricität, Massage und Wasser. Schliesslich führt Verf. einige Fälle an, deren Krankheitsverlauf aber nicht geschildert wird; es wird nur des glücklichen Erfolges Erwähnung gethan. Die Literatur ist sehr gut berücksichtigt. Wer sich mit dem vom Verf. behandelten Thema wieder etwas näher bekannt machen will, dem können wir das vorliegende Werk zur Durcharbeitung empfehlen. Grimm.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Gegen die Diphtheritis wird wieder ein neues Mittel gepriesen. Schendel (Berlin) empfiehlt die *Tinctura Rusci composita*, dargestellt durch Digeriren von einigen Schwefelsalzen mit verdünntem Alcohol, bis dieser 1% der Salze aufgenommen hat, unter Zusatz von Oleum rusci und Oleum fagi. Tags über wird stündlich ½ Theelöffel gereicht, Nachts 2stündlich dieselbe Dosis. Nach 10—20stündiger Medication sollen die graugefärbten fibrinösen Exsudate gelblich erscheinen, die Einlagerungen sollen sich bald abstossen und es kommt eine schöne rothe Granulationsfläche zum Vorschein — in leichten Fällen. In schweren Fällen soll die Tinctura Rusci comp. zwar langsamer wirken, schliesslich aber doch zu einem günstigen Ausgang verhelfen. Unter 43 Fällen (25 leichte, 18 schwere) kamen 2 Todesfälle vor. Man kann die Tinctur bis zu 20 Gramm täglich ordiniren.

(Berl. klin. Woch. № 6.)

— Swiecicki hat das *Aristol* (Dijodthymoljodid) in ca. 20 gynaekologischen Fällen versucht und wirkt dasselbe nach seiner Erfahrung „wenigstens ebenso, wenn nicht besser als Jodoform, ohne dessen toxische Eigenschaften, unangenehmen Geruch etc. zu besitzen". In Anwendung kam das Aristol als Salbe (10%), in Form von Stäbchen (à 1,0 Aristol) oder Suppositorien (à 0,5 bis 1,0 Aristol) bei Endometritis, Erosionen, Hyperplasia cervicis, Parametritis und Eczema vulvae.

(Oesterr.-ungar. Centralblatt f. d. med. Wiss.)

Vermischtes.

— Bei der am 18. August stattgehabten *Immatriculation der in die Zahl der Studirenden der Dorpater Universität Neuaufgenommenen* wurden, wie wir der „N. D. Ztg." entnehmen, inscribirt: für das Studium der Medicin 44, der Pharmacie 40, der Theologie 13, der Jurisprudenz 5, der Chemie 4, der Geschichte 1, der Mathematik 1, der Botanik 1 und der Oeconomie 1, was in Allem eine Gesammtzahl von 110 Immatriculirten ergiebt.

Im Ganzen betrug die Zahl der Studirenden an der Dorpater Universität am 18. August 1726 (gegen 1690 im vorigen Jahre) und zwar vertheilt sich diese Zahl auf die einzelnen Facultäten folgendermaassen: Die grösste Zahl weist die medicinische Facultät auf, nämlich 971 Studirende (und zwar 833 Mediciner und 138 Pharmaceuten), dann folgt die theologische Facultät mit 268 Stud., die physiko-mathematische mit 173, die juristische mit 159 und die historisch-philologische mit 155 Studirenden.

— Das auf den Muchlis'schen Höhen gegenüber dem Militärhospital errichtete *Denkmal für die während des letzten russisch-türkischen Krieges in Kleinasien verstorbenen Aerzte, Pharmaceuten und Feldschere* ist vor Kurzem feierlich *enthüllt* worden. Dasselbe hat die Form eines viereckigen Obeliskes, an dessen Seiten auf schwarzen Metalltafeln mit Bronzebuchstaben die Namen von 58 Aerzten, 10 Pharmaceuten, 7 Arztgehülfen und 123 Feldschern verzeichnet sind.

— Wie die „N. D. Ztg." erfährt, ist der Professor der Botanik an der Universität Dorpat, Dr. E. Russow, nach Ausdienung der 25-jährigen Dienstfrist *auf weitere drei Jahre im Dienst belassen* worden.

— *Verstorben*: 1) Am 7. August zu Reval der Divisionsarzt, Staatsrath Ewald v. Hunnius, im 62. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Estland und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1848—54 studirte. Nach Erlangung des Arztgrades wurde H. Militärarzt und war successive Bataillonsarzt bei der Reservedivision des 2. Infanteriecorps, Arzt des Schlüsselburg'schen Regiments, Oberarzt des Murom'schen Infant.-Regiments und zuletzt Divisionsarzt der 6. Infant.-Division. 2) Am 14. August in St. Petersburg der Militärarzt Wladimir Fontin an der Lungenschwindsucht. Nach Absolvirung des medicinischen Cursus an der hiesigen militär-medicinischen Academie wurde F. Militärarzt, musste aber bald wegen eines für ihn verhängnissvollen Zwischenfalles den Dienst quittiren. Es begann nun für ihn eine Zeit voll Entbehrungen, da er sich mit dem Wenigen durchschlagen musste, was er für Referate und Uebersetzungen sich verdiente. Zu solchen Arbeiten war der Verstorbene aber besonders befähigt, da er ausser der russischen noch die englische, italienische, deutsche und französische Sprache gut beherrschte. Ungeachtet dieser traurigen materiellen Verhältnisse bestand F. in dieser Zeit glänzend das Doctorexamen. Erst in der letzten Zeit fand er wieder Anstellung im Militär-Medicinalressort. Von seinen Arbeiten sind seine Dissertation „Ueber die Verunreinigung der Hospitalkleidung" (eine bacteriologische Untersuchung) und ein Artikel „Ueber die Bacterien des Hagels" welcher im „Wratsch" im vorigen Jahre erschien, hervorzuheben. (Wr.). 3) Am 30. Juli der Landarzt im Wolhyni'schen Gouvernement J. J. Ljachnizki, der früher mehrere Jahre als Ordinator an der geburtshilflichen Klinik in Kiew fungirte. Der Hingeschiedene hat seine Wittwe mit zwei Kindern ohne jegliche Existenzmittel hinterlassen.

— Die Einnahme für den *populären Vortrag*, welchen Dr. R. Heerwagen am Vorabend des Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wenden über „den Kampf mit den Infectionskrankheiten" halten wird, ist *zum Besten des auf den Namen des verst. Prof.* v. Wahl *zu gründenden Leprosoriums* bestimmt.

— Professor Bouchard (Paris) hat in der Academie der Wissenschaften zu Paris von einer *neuen Anwendungsmethode gelöster Medicamente* Mittheilung gemacht. Das qu. Verfahren stammt von Botey, der derartige *Flüssigkeiten in die Trachea eingiesst und von der Lunge aus* zur Resorption bringt. Nachdem Thierversuche vorausgegangen waren, machte Botey mehrere Experimente an sich selbst, goss sich langsam aus einer Spritze 5, später 10, 25, endlich sogar 37 Grm. destillirten Wassers in die Trachea ein, wobei er vorsichtshalber die Flüssigkeit längs der Trachealwand herunterfliessen liess. Es trat kein Husten, noch irgend ein Unwohlsein auf, die Zahl der Pulsschläge fiel von 82 auf 74, die der Respirationen sank für einige Stunden von 21 auf 17 per Minute. Kühner gemacht durch dieses Resultat, nahm nun Botey an einer mit Syphilis des Kehlkopfes und der Trachea behafteten Person derartige Eingiessungen vor, indem er ihr 12 Grm. einer 1-procentigen Jodsalzlösung einfliessen liess. Da der Larynx nicht anästhetisch war, so stellte sich diesmal heftiger Husten ein. Zwei Tage darnach folgte die Injection von 15 Grm. Lösung ohne irgend eine Reflexwirkung. Einige Tage später wurden mit gleich gutem Erfolge 25 Grm. dieser Lösung, zu welcher eine Spur Sublimat zugesetzt wurde, eingegossen. Im Ganzen wurde diese Procedur 17 Mal ausgeführt und die Kranke genas hierbei — ein Erfolg, den die frühere energische interne Behandlung nicht herbeiführte. Auch bei dieser Frau sank die Zahl der Respirationen von 23 per Minute auf 18.

(Allg. Wien. m. Ztg.).

— Dem bekannten Odessaer Zoologen und Bacteriologen Prof. Metschnikow, welcher die bacteriologische Station in Odessa eingerichtet und einige Zeit geleitet hat, wird, wie verlautet, die Leitung des Pasteur'schen Instituts in Paris unter der Oberleitung Pasteur's übertragen werden.

— Der um den Curort Meran hochverdiente Bürgermeister, Dr. med. Joseph Pircher, ist in Anerkennung seines langjährigen gemeinnützigen Wirkens in diesem Curorte vom Kaiser von Oesterreich *in den Adelstand erhoben* worden.

— Wir haben kürzlich den Tod zweier Mitglieder des letzten internationalen medicinischen Congresses, des Prof. Neugebauer und des Dr. Richardson, welche fern von ihrer Heimath abberufen wurden, gemeldet. Neuerdings ist noch ein drittes Mitglied des Congresses, der bekannte Budapester Laryngologe Dr. v. Jelenffy, welcher nach der ersten allgemeinen Sitzung in Berlin erkrankte und sich in das Berliner katholische Krankenhaus aufnehmen liess, daselbst einem alten Herzleiden erlegen.

— Es kann jetzt wohl schon als sicher angenommen werden, dass der *nächste internationale medicinische Congress in Rom* nicht im August, sondern mit Rücksicht auf die in diesem Monate dort herrschende Temperatur *im October oder December* abgehalten werden wird.

— In *London* wird am 11., 12. und 13. September d. J. *der II. internationale Vegetarianer-Congress* stattfinden. Derselbe wird über Mittel und Wege zur Beschleunigung der Ausbreitung der vegetarischen Doctrinen berathen.

— In *Birmingham* hat vom 29. Juli bis 1. August die *58. Jahresversammlung der British medical Association* unter dem Präsidium Wade's stattgefunden, an welcher auch diesmal die Theilnahme der Aerzte aus allen Ländern eine sehr bedeutende war. Die Eröffnungsrede des Präsidenten behandelte die Erziehung des Arztes.

— Wir machen unsere Leser auf die im Inseratentheil enthaltene Anzeige über die *Alvarenga-Preisaufgaben* aufmerksam.

— Wie verbreitet die Fälschung der Nahrungs- und Genussmittel ist, beweist wieder die *Untersuchung der Fruchtsyrupe in der Stadt Chersson*, welche vor Kurzem von dem dortigen städtischen Sanitätsbureau vorgenommen wurde. Fast sämmtliche den örtlichen Verkaufsstellen entnommenen Proben von Fruchtsyrupen erwiesen sich als Kunstproducte, die noch dazu mit Farben, wie Fuchsin, gefärbt waren.

— Die *Zahl der Irrsinnigen in England* ist im Laufe der letzten 20 Jahre von 55,000 auf 110,000 gestiegen. Als Hauptursache wird die Trunksucht bezeichnet, namentlich wird darüber geklagt, dass Frauen der mittleren Stände sich dem Alkoholgenuss ergeben.

— Die *Cholera* hat sich noch neue Gebiete erobert. So ist sie jetzt auch in *Südafrika* ausgebrochen. Wie nämlich aus *Durban* telegraphisch gemeldet wird, ist daselbst in der vergangenen Woche aus Madras ein Dampfer mit Einwanderern angekommen, auf welchem während der Fahrt 8 Personen an Diarrhoe gestorben und 6 noch krank lagen. Die *Untersuchungscommission habe officiell die Cholera constatirt* und seien die Eingewanderten in Folge dessen isolirt worden.

Die Gesundheitsbehörden des Caps haben *Port Natal* für inficirt erklärt.

In *Kleinasien und Arabien* macht die Cholera weitere Fortschritte. Aus *Mekka* allein werden für die Zeit vom 13.—17. August 1874 Choleratodesfälle amtlich gemeldet.

Die amtlichen Berichte über die *Cholera in Spanien* weisen trotz der notorischen Verheimlichung zahlreicher Fälle eine weitere Zunahme der Epidemie, zumal in Valencia und Alicante auf. Bei der Bevölkerung der Choleradistricte der Provinz Valencia hat eine kaum begreifliche Erbitterung gegen die Aerzte Platz gegriffen, welche als die Urheber der Krankheit bezeichnet werden und daher sind Attentate auf Aerzte dort an der Tagesordnung. So ist in der Stadt Valencia einer der bekanntesten Aerzte, der seit Wochen unermüdlich die Desinfection der ärmeren Stadtviertel geleitet hatte, auf offener Strasse niedergestochen worden. Ebenso werden aus anderen Städten rohe Misshandlungen von Aerzten gemeldet.

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 19. August a. c. 5320 (19 weniger als in der Vorwoche); darunter 310 Typhus- (2 weniger), 456 Syphilis- (30 mehr), 63 Scharlach- (2 weniger), 13 Masern- (6 weniger), 10 Diphtherie- (5 weniger) und 26 Pockenkranke (5 mehr als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Die bei der Ssaratow'schen Stadtduma bestehende Hospital-Commission macht bekannt, dass die *Aemter der Ordinatoren und des Oberarztes am neu errichteten Stadthospital in Ssaratow* zu vergeben sind. Die Anmeldungen, welchen Auskünfte über die frühere Thätigkeit, sowie über die etwaigen gelehrten und praktischen Arbeiten beizufügen sind, müssen bis zum 1. October d. J. auf den Namen des Präses der Hospital-Commission eingesandt werden. (Adresse: „Предсѣдателю больничной коммиссіи при Саратовской городской Думѣ, Александру Осиповичу Немировскому)".

2) Es wird ein freipracticirender Arzt, welcher der polnischen und litthauischen Sprache mächtig ist, gesucht. Der näheren Auskünfte wegen beliebe man sich an den Apotheker im Flecken *Remigola* (Gouv. Kowno) zu wenden. Adresse: „Г. Поневѣжъ. Ковенской губ., мѣстечко Ремигола, аптекарю А. С. Я."

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 12. bis 18. August 1890.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
242	203	445	107	40	83	12	8	9	38	32	42	25	28	13	8	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 8, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 8, Scharlach 12, Diphtherie 10, Croup 1, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 7, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 2, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicämie 1, Tuberculose der Lungen 60, Tuberculose anderer Organe 2, Alcoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 33, Marasmus senilis 14, Krankheiten des Verdauungscanals 93, Todtgeborene 21.



Довв. ценз. Спб. 24 Августа 1890 г. Herausgeber Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.

XV. JAHRGANG. **St. Petersburger** Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,

St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — **Referate** werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 35 St. Petersburg, 1. (13.) September **1890**

Ueber einen Fall von Angina herpetica.

Vortrag, gehalten in der Sitzung der Gesellschaft prakt. Aerzte zu Riga am 16. Mai 1890

von

Dr. A. Bertels,

Assistenzarzt am Stadtkrankenhause zu Riga.

M. H. Im hiesigen Stadtkrankenhause kam in diesem Jahre ein Fall von Herpes des Rachens und der angrenzenden Schleimhäute zur Beobachtung, welcher aus zwei Gründen ein allgemeines Interesse für sich in Anspruch nimmt: erstens war der Verlauf ein so chronischer, wie er nur ausnahmsweise beim Herpes beobachtet wird; zweitens waren dieses Mal nicht, wie gewöhnlich, neben den Eruptionen im Rachen gleichzeitig auch solche im Gesicht vorhanden.

Bevor ich aber über meinen Fall berichte, sei es mir gestattet, mit einigen Worten auf das Verhältniss des Herpes des Rachens oder der sogenannten Angina herpetica zum Herpes facialis[1]), progenitalis und zoster einzugehen, da ich nachher bei der Begründung der Diagnose auch von diesen zu sprechen gezwungen sein werde.

Die Angina herpetica kommt, wie erwähnt, fast nur in Begleitung des Herpes facialis vor und ist einfach als Theilerscheinung desselben aufzufassen. Der H. progenitalis stimmt mit dem H. facialis in allen Dingen so vollständig überein, kommt auch so oft gleichzeitig mit ihm, theils bei demselben Individuum, theils wenigstens in derselben Epidemie bei verschiedenen Individuen vor, dass wohl kein Zweifel darüber bestehen kann, dass diese beiden Herpesformen bloss verschiedene Localisationen einer und derselben Krankheit seien.

Anders verhält sich die Sache mit dem Zoster; er unterscheidet sich in manchen Dingen wesentlich von den eben genannten Herpesarten. Während der H. facialis — und ebenso der H. progenitalis — ungemein gern dasselbe Individuum wiederholt befällt, sind Fälle von recidivirendem Zoster so selten, dass dieselben noch immer der Publication für werth gehalten werden; und während der Zoster fast ausnahmslos nur die eine Körperhälfte befällt, ist das beim H. facialis nicht nothwendig. Trotz dieser Verschiedenheiten haben sich Stimmen erhoben, welche die Einheit dieser beiden Krankheiten beweisen wollen und noch neuerdings sind zur Stütze dieser Ansicht folgende beide Thatsachen herangezogen worden: in einem von Düring[2]) beschriebenen Falle von ziemlich periodisch wiederkehrendem Zoster trat mehrfach statt des Zosters vicariirend ein H. praeputialis auf; zweitens berichtet Török[3]), ein Assistent Unna's, über eine kleine Herpesepidemie, bei welcher H. facialis und zoster neben einander vorkamen.

Wenden wir uns nunmehr unserem Falle zu.

Am 13. März 1890 stellte sich im Krankenhause, in der Abtheilung des Dr. A. v. Bergmann, der 31-jährige Gefängnissaufseher K. K. vor. Vor 5 Tagen habe er einen Schüttelfrost gehabt, gleichzeitig hätten sich Halsschmerzen, namentlich beim Schlucken, eingestellt, so dass er diese Zeit über nur flüssige Nahrung habe zu sich nehmen können, auch sei er in diesen Tagen bettlägerig gewesen; der Appetit, der schon lange schlecht ist, liegt jetzt ganz darnieder: neuralgische Schmerzen oder sonstige nervöse Symptome sind nicht vorhanden gewesen. Bläschen auf dem Körper hat Patient nicht bemerkt. Aus der Vorgeschichte des Kranken ist noch zu erwähnen, dass er vor 6 Jahren einen Schanker gehabt hat, der bei ausschliesslich localer Behandlung in 3 Wochen geheilt ist; eine antisyphilitische Cur hat Pat. nie durchgemacht.

Seit $1\frac{1}{2}$ Jahren leidet Pat. an Husten; dabei Kräfteverfall, Abmagerung.

Am 12. März wird er in die innere Abtheilung des Krankenhauses aufgenommen und behufs Behandlung seines Halsleidens täglich in die Bergmann'sche Abtheilung hinübergeschickt.

Status praesens: Mässiger Ernährungszustand. Beiderseits seitliche Cervical-, Cubital- und Inguinaldrüsen sämmtlich recht weich. Rechte Supra- und Infraclaviculargegend tiefer als links. Auscultatorisch und percutorisch an den Lungen ausser den Zeichen eines leichten Catarrhes nichts Pathologisches. Im Sputum reichlich Tuberkelbacillen. Geringer Eiweissgehalt des Harnes. Körpertemperatur erhöht. Keine Anästhesien, keine palpablen Veränderungen an den Nervenstämmen.

Auf dem Zungenrücken, nahe dem linken Zungenrande ein etwa linsengrosses kreisrundes Ulcus; ausgedehntere oberflächliche Ulcerationen an den vorderen Gaumenbögen und den Tonsillen; linkerseits Oedem und rauchgraue Verfärbung der Schleimhaut des Vestibulum laryngis, fleckige Röthung des rechten Stimmbandes. An der Glans penis links neben dem Frenulum ein etwas kleineres Ulcus, beide kreisrund. Am dorsalen Theil des Präputium, am inneren Blatte, eine weiche Narbe (Stelle des erwähnten Schankers).

Da die Schleimhautulcerationen sich bei einem Phthisiker fanden, so lag der Verdacht nahe, dass es sich um tuberculöse Geschwüre handle.

[1]) Von Hebra eingeführte Bezeichnung für den früher sogenannten Herpes labialis; nicht zu verwechseln mit dem Herpes zoster faciei.

[2]) Recidivirender Herpes Zoster femoralis. Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1888, S. 509.

[3]) Zur Infectionsfrage der Herpesarten. Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1889, S. 54.

Am 15. März sieht man in der Mitte der hinteren Rachenwand, zum Oesophagus hinziehend, eine Anzahl von weisslichen, bis zu linsengrossen Bläschen mit leicht getrübtem Inhalte. Dieselben sind gruppenweise angeordnet, stehen discret, jedes Bläschen ist von einem rothen Hof umgeben. Diese Eruption veranlasst einen Wechsel in der Diagnose, dieselbe lautet jetzt Herpes.

Nach einigen Tagen finden sich an Stelle der Bläschen oberflächliche Substanzdefecte, welche in weiteren wenigen Tagen benarbt sind. Ebenso benarben auch die bei der Aufnahme vorhanden gewesenen Ulcera bald, nur diejenigen an der Glans penis halten sich ziemlich lange.

Am 20. März finden sich jederseits an den vorderen Gaumenbögen Eruptionen von ganz demselben Charakter, wie die an der hinteren Rachenwand beschriebenen. Hier platzen die Bläschen ebenfalls nach einigen Tagen, der Grund derselben, der nun frei zu Tage liegt, ist aber unrein, infiltrirt, er hält sich in diesem Zustande ziemlich lange, nämlich bis zum 30. März und reinigt sich dann sehr plötzlich, von einem Tage zum anderen, recht vollständig, in einigen weiteren Tagen sind die Geschwürchen benarbt.

In den nächsten Wochen treten noch mehrfach bis stecknadelkopfgrosse Bläschen an verschiedenen Schleimhautstellen auf und verschwinden meist nach einigen Tagen spurlos, ohne einen sichtbaren Substanzdefect zu hinterlassen. Im Einzelnen handelt es sich um folgende Eruptionen:

1. April. Einige Pünctchen am Mundhöhlenboden, je eine Gruppe am Zahnfleisch der Schneidezähne (labiale Seite) oben und unten.

5. April. Zwei Pünctchen an der Uvula. Auf dem 1. Trachealring, unterhalb der vorderen Stimmbandcommissur, ein längliches quergestelltes Bläschen von der Grösse zweier neben einander liegender Stecknadelköpfe; durch einen schmalen Zwischenraum davon getrennt, ein kleineres Bläschen; jedes Bläschen ist von einem rothen Hof umgeben.

10. April. Auf der Schleimhaut der Oberlippe neben einem weisslichen Pünctchen ein gelbliches stecknadelkopfgrosses, deutlich halbkugelig vorgewölbtes Bläschen. Dasselbe wird angeschnitten, der spärliche Inhalt auf ein Deckgläschen gebracht und nach dem Antrocknen in Glycerin mit Jodjodkalizusatz auf die Sporen der von Pfeiffer[4]) beschriebenen Amöben untersucht, von denen sich jedoch nichts findet.

14. April. An der hinteren Rachenwand, ganz links, eine neue Eruption, ähnlich der ersten an der hinteren Rachenwand beschriebenen, nur dass die einzelnen Flecken nicht recht deutlich werden und nach einigen Tagen spurlos wieder verschwinden.

18. April. Am r. Zungenrande ein längliches Bläschen von der Grösse zweier Stecknadelköpfe; das Bläschen wird angeschnitten, der Inhalt frisch in Glycerin gebracht und mit Jodjodkalium gefärbt, auf Pfeiffer'sche Amöben untersucht; es finden sich keine.

Gleichzeitig sind noch am Zahnfleisch der rechten Backenzähne, linguale Seite, 4 in einer Reihe liegende, etwa halbstecknadelkopfgrosse Pünctchen aufgetreten.

Am 22. April bittet Pat. um Entlassung; es sind in den letzten Wochen nur spärliche Eruptionen vorhanden gewesen, die subjectiven Beschwerden sind fast geschwunden — ein wenig empfindlich sind die jeweilig ergriffenen Schleimhautstellen immer noch, — Pat. kann schon seit Ende März feste Speisen geniessen, sein Aussehen hat sich wesentlich gebessert, der Eiweissgehalt des Urins ist geschwunden.

Die Temperatur, die in den ersten Tagen nach der Aufnahme sich zwischen 38° und 39° hielt, und in den nächsten Wochen theils normal, theils erhöht war, hat seit einer Woche 38° nicht erreicht. Die hohen Temperaturen im Anfange der Erkrankung kann man wohl ohne Weiteres auf die herpetische Angina beziehen, während man bei den im weiteren Krankheitsverlaufe vorhandenen Steigerungen wohl im Zweifel darüber sein kann, ob dieselben von der Lungenphthise oder vom Herpes herrühren, da einerseits auffallend ist, dass in der letzten Zeit, wo nur noch vereinzelte Bläschen aufgetreten sind, die Temperaturen normal waren, während andererseits ein genauerer zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Nachschüben des Herpes und den Temperaturerhöhungen nicht nachweisbar ist.

In der Trachea sieht man noch an der Stelle der erwähnten Bläschen zwei grauweissliche Flecken, ebenso ist auch noch an der Oberlippe neben einem weisslichen Pünctchen die gelbliche halbkuglige Vorwölbung zu sehen. Von den übrigen Bläschen ist nichts übrig geblieben.

Pat. wird am 23. April entlassen und zeigt sich nachher noch einige Male, zuletzt am 15. Mai; die bei der Entlassung notirten Veränderungen in der Trachea und an der Oberlippe sind auch jetzt noch zu sehen und zwar ganz unverändert. Ob die Flecken in der Trachea und das winzige Pünctchen an der Oberlippe Geschwürchen mit infiltrirtem Grunde sind, oder irgend etwas Anderes, lasse ich dahingestellt; falls sie es wirklich sind, wäre ein so langes Persistiren jedenfalls ungemein auffallend. Die gelbliche Vorwölbung an der Oberlippe scheint eine sehr derbe Epithelschicht zu sein, die, einmal durch ein kleines Exsudat vorgewölbt, auch nach dem Schwinden desselben in dieser Form verharrt.

Behandelt wurde der Pat. zuerst, als man an tuberculöse Ulcera dachte, mit Milchsäurepinselungen (Acid. lact., Aq. dest. āā), sobald die Diagnose auf Herpes gestellt war, trat an Stelle der Milchsäure Boraxglycerin (3 : 30). In der inneren Abtheilung erhielt er ausserdem innerlich Kali chloricum, später Jodkali und Morphium. Auch Inhalationen von Natron benzoicum in 4%iger Lösung sind angewandt worden.

Ich habe schon vorhin den ganzen Process als Herpes bezeichnet, es fragt sich nun, wie lässt sich diese Diagnose begründen?

Hierbei kommt hauptsächlich in Betracht, dass keine andere Krankheit bekannt ist, welche mit der Bildung wirklicher Bläschen auf den Schleimhäuten des Mundes, des Pharynx und Larynx einhergeht; dazu kommt noch, dass die Bläschen in ihrer gruppenförmigen Anordnung und in ihrem Aussehen (Bläschen mit leicht getrübtem Inhalt, von einem rothen Hof umgeben) ganz denjenigen Fällen von Herpes der Schleimhaut gleichen, bei denen das gleichzeitige Vorhandensein von Herpes der äusseren Haut die Diagnose unzweifelhaft macht. Eine solche Stütze kann leider in diesem Falle die Affection an der Glans nicht in vollem Maasse bieten, da zu der Zeit, wo der Fall zur Beobachtung kam, die vermuthlich vorhanden gewesenen Bläschen schon geplatzt waren und die nachgebliebenen Geschwürchen nicht in dem Grade charakteristisch waren, dass man aus ihnen allein die Diagnose auf Herpes hätte stellen können; immerhin ist zu bedenken, dass gerade die Genitalien auch ein Lieblingssitz des Herpes sind und dass man in diesem Zusammenhange der Erscheinungen auch hier entschieden einen Herpes annehmen muss.

Wie erwähnt, wurde im Anfang, als nur die Residuen früherer Bläscheneruptionen vorhanden waren, an tuberculöse Ulcera gedacht; als die charakteristischen Nachschübe auftraten, war daran eigentlich kaum mehr zu denken, nur die kleineren Efflorescenzen, deren Bläschennatur vom Auge nicht mit Bestimmtheit festgestellt werden konnte, hätten leicht für Tuberkel gehalten werden können. Zur Sicherheit wurde Bläscheninhalt und Geschwürssecret von verschiedenen Stellen wiederholt auf Tuberkelbacillen untersucht und zwar immer mit negativem Erfolge.

Ferner muss ich noch erwähnen, dass es sich nicht um Aphthen gehandelt haben könne, erstens weil bei diesen nicht wirkliche Bläschen vorhanden sind und zweitens weil die hauptsächliche Localisation der Aphthen an der Schleimhaut der Lippen und Wangen dagegen spricht.

Wenn wir somit unsere Schleimhautaffection, vom morphologischen Gesichtspuncte aus, nicht anderweitig unterbringen können als beim Herpes, so fragt es sich doch, ob sie auch wirklich mit den gewöhnlichen herpetischen Krankheiten zusammen eine Einheit bildet. Wir haben es ja gerade bei den Hautaffectionen, bei denen es so verführerisch ist, die morphologischen Verhältnisse zum Eintheilungsprincip zu wählen, oft gesehen, dass Krankheiten, die ihrer äusseren Erscheinung nach zusammen zu gehören schienen und lange Zeit hindurch mit demselben Namen bezeichnet wurden, sich schliesslich durch ihren verschiedenen Verlauf, durch ihr Verhalten der Therapie gegenüber, durch das gleichzeitige Vorhandensein dieser oder jener Krankheitserscheinungen an anderen Körpertheilen desselben Individuums, als zu mehreren verschiedenen Krankheitsgruppen gehörig erwiesen.

So ist durch Schrötter's Assistenten Fischer von dem, was man früher mit zum Herpes gerechnet hätte, ein besonderes Krankheitsbild unter dem Namen Pseudoherpes abgetrennt worden. Fischer[5]) hat nämlich in einer grösseren Anzahl von Fällen Eruptionen beobachtet, die sonst dem Rachenherpes glichen, sich aber durch ihr Beschränktbleiben auf die an Schleimdrüsen besonders reichen Theile der Schleimhaut des Pharynx und der an-

[4]) Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1887.

[5]) Pseudoherpes des Pharynx und Larynx. Berl. klin. Woch. 1884.

grenzenden Theile auszeichneten, nämlich hauptsächlich der Uvula, Epiglottis, der Kuppe der Cartilago Wrisbergii. Fischer hält diesen Pseudoherpes für einen «Eiterungsvorgang in dem Epithel der obersten Ausführungsgänge der Schleimdrüsen und ihrer Umgebung».

Dass es sich in unserem Falle nicht um diesen Pseudoherpes Fischer's gehandelt haben könne, ist sofort einleuchtend, da gerade die von Fischer als charakteristisch angegebene Localisation hier nicht vorhanden ist.

Was uns nun veranlassen könnte, anzunehmen, dass auch im vorliegenden Falle nicht wirklicher Herpes vorhanden ist, sondern eine Erkrankung, die demselben bloss äusserlich gleicht, sind gerade die beiden Puncte, auf die ich schon im Anfange meines Vortrages hingewiesen habe: der chronische Verlauf und die Abwesenheit von Herpeseruptionen auf der äusseren Haut.

Mackenzie's Definition der herpetischen Angina (in seinen «Krankheiten des Pharynx, Larynx und der Trachea») lautet: «Man versteht unter herpetischer Angina einen Ausschlag der Pharynxschleimhaut, dessen *acuter* Verlauf demjenigen des Herpes gleicht, welcher sich auf der Hautoberfläche zeigt». Und bei E. Wagner (in Ziemssen's spec. Path. und Ther. VII, 1) heisst es: «Die herpetische Angina charakterisirt sich durch eine dem Hautherpes analoge Bläschenaffection des weichen Gaumens, welche aber *nur kurze Zeit besteht* und sich meist in eigenthümliche flache Geschwüre mit fibrinös-eitrigem Belag umwandelt, sowie durch das fast gleichzeitige *Vorhandensein von Herpesgruppen auf der Gesichtshaut*, besonders den Lippen und auf der Mundschleimhaut».

Wenn von einem acuten Verlaufe des Herpes die Rede ist, so kann man darunter 2 Dinge verstehen: erstens die Dauer der einzelnen Herpesgruppe von dem Aufschiessen der Bläschen bis zur völligen Benarbung der Substanzverluste; zweitens die gesammte Krankheitsdauer, die infolge des Auftretens der Bläschen in Nachschüben länger sein kann, als die Lebensdauer einer Bläschengruppe.

Sehen wir in unserem Falle ab von den Efflorescenzen an der Oberlippe und in der Trachea, bei denen ich über die Natur der hartnäckig sich haltenden Veränderung nichts auszusagen wage, so ist die Eruption vom längsten Bestande diejenige am weichen Gaumen gewesen, sie hat vom 20. März bis in die ersten Tage des April bestanden, also etwa 2 Wochen; eine so lange Dauer ist aber in denjenigen Fällen, wo, wie hier, nach dem Platzen der Bläschen ein infiltrirter Grund zurückbleibt, nichts Seltenes.

Etwas viel Ungewöhnlicheres ist die grosse Zahl von Nachschüben und die dadurch bedingte lange Gesammtdauer der Erkrankung. Rechnet man dieselbe von dem Auftreten der Schlingbeschwerden am 8. März bis zur Entlassung des Pat. am 23. April, zu welcher Zeit, bis auf die Residuen in der Trachea und auf der Lippe, keine Efflorescenzen mehr vorhanden waren, so ergiebt das einen Zeitraum von $6^1/_2$ Wochen. Wagner dagegen sagt von der Angina herpetica: «Die Dauer der ganzen Krankheit beträgt $^1/_2$—1 Woche. Jedoch wiederholt sich die Affection ein, sehr selten mehrere Male». Nach diesem Ausspruche sind aber mehrere Fälle von länger dauerndem Herpes veröffentlicht worden. So wird in den Monatsh. f. prakt. Derm. (1885, S. 307) mit folgenden Worten über eine solche Publication referirt: «Dr. Solis Cohen von Philadelphia theilt einen Fall mit, in welchem er Gelegenheit hatte, die wohlerhaltenen Bläschen auf dem weichen Gaumen zu sehen. Der Fall war chronisch und es trat stets nach einigen Tagen bis 3—4 Wochen ein Rückfall ein. Der Pat., der entschieden neurotisch beanlagt war, hatte an diesem Leiden bereits 15 Jahre gelitten». (Med. Record 1885, 11. Juli, pag. 317).

Man wird einwenden, dass in diesem Referate nicht von einer irgend wie lange dauernden ununterbrochenen Krankheit die Rede sei, sondern von einer Reihe von Recidiven. Dass aber diese Recidive «nach einigen Tagen bis zu 3—4 Wochen» eintraten, zeigt, was sich eigentlich schon von selbst versteht, dass überhaupt keine scharfe Grenze zu ziehen ist zwischen Recidiven, die durch eine freie Zwischenzeit von ihren Vorgängern getrennt sind und Nachschüben, die noch während des Bestehens älterer Efflorescenzen auftreten. Wenn wir also wollen, können wir unseren Fall als eine Reihe von schnell auf einander folgenden Recidiven auffassen.

Will man die Verwandtschaft zwischen dem Zoster und den übrigen Herpesarten gelten lassen, so kommt hier auch in Betracht, dass vom Zoster, der, wie die anderen Herpesarten, gewöhnlich als eine acute Krankheit definirt wird (Kaposi, Hautkrankheiten, S. 318: Wir verstehen seit Willan unter Herpes éine acut auftretende und innerhalb eines auf kurze Zeit bemessenen Cyclus ablaufende gutartige Hautkrankheit), neuerdings auch chronische Fälle berichtet werden. So beginnt ein Referat in den Monatsh. f. prakt. Derm. (1887, S. 328) über eine sich mit diesem Gegenstande beschäftigende Arbeit mit den Worten: «Es ist jetzt eine unbestreitbare Thatsache, dass es einen chronischen Zoster giebt».

Was nun den zweiten Punct betrifft, in welchem unser Fall von der gewöhnlichen herpetischen Angina abweicht, nämlich das Fehlen herpetischer Efflorescenzen auf der äusseren Haut, so habe ich über zwei Fälle berichtet gefunden, welche hierin mit den unsrigen übereinstimmen. Ueber die Publicationen beider wird im Centralblatt für Laryngologie und Rhinologie (1886) referirt. Es heisst daselbst (S. 17): «Es wird über einen Fall von opalartig glänzenden herpetischen Bläschen berichtet, die sich an der linken Seite des Gaumensegels, am Zäpfchen, im Rachen und an den Aryknorpeln gezeigt hatten». Ueber den anderen Fall wird im Referate (S. 449) mitgetheilt, dass die Herpeseruption auf den Kehlkopf, insbesondere den linken Aryknorpel und die Epiglottis beschränkt gewesen sei.

Kehre ich nunmehr zur Frage zurück, ob wir es mit einem wirklichen Herpes zu thun gehabt haben, so ist zunächst das eine klar, dass in der Literatur schon Fälle beschrieben worden sind, welche dieselben Abweichungen vom gewöhnlichen Bilde des Herpes zeigten, wie unser Fall und die trotzdem unbedenklich dem Herpes zugezählt worden sind; ob sie aber auch wirklich innerlich identisch sind mit dem gewöhnlichen Herpes, kann ja natürlich in Frage gezogen werden. Für's erste sind jedenfalls nicht genügend derartige Fälle bekannt, und die wenigen haben nicht so viel unter sich Uebereinstimmendes, dass man aus ihnen ein abgeschlossenes Krankheitsbild construiren und vom gewöhnlichen Herpes abtrennen könnte.

Herrn Dr. A. v. Bergmann, der mich zur Bearbeitung dieses Falles angeregt und mich bei derselben in der mannigfachsten Weise unterstützt hat, spreche ich hierfür auch an dieser Stelle meinen herzlichen Dank aus.

Referate.

Th. Deneke: Ein Fall von Inoculations-Tuberculose. (D. med. W. № 13).

Ein 7-monatliches kräftiges Kind einer phthisischen Mutter fällt mit dem Kopf gegen ein Nachtgeschirr und zerschlägt dasselbe. In diesem Geschirr befanden sich blutige Sputa der eben an Hämoptoe erkrankten Mutter. Die scharfrandigen Schnittwunden werden desinficirt und verheilen schnell. Dann schwillt die Narbe an, und es bilden sich Schwellungen in der Gegend der Parotis, Vereiterung daselbst und Schwellungen der nächstliegenden Drüsen. An diesen Eiterungen ging das Kind zu Grunde. Im Eiter fanden sich Tuberkelbacillen in reichlicher Menge.

Max Schmidt.

Paul Sandler: Ein Vorschlag zur Behandlung der Fistula recti und des periproktitischen Abscesses. (D. med. W. № 14).

Sandler macht sich die Fistel zugänglich, spaltet sie blutig, excidirt sie, schabt die Abscesse aus und räumt alles fort, so dass zuletzt gute blutige Wundflächen nachbleiben. Dieselben werden dann mit Catgut und Jodoformseide genäht, — wenn nöthig, Etagennaht. 11 Fälle verheilten glatt mit voller Continenz. Heilungsdauer 5—35 Tage, im Mittel 15,7 Tage. Max Schmidt.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

A. Baginski: Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Für Aerzte und Studirende. 3. vielfach vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin 1889. (Wreden's Sammlung kurzer medicinischer Lehrbücher Bd. VI). XIX + 954 S.

Dieses Lehrbuch nimmt zweifellos einen hervorragenden Platz in der pädiatrischen Literatur ein. Es hat besonders in den letzten Jahren eine grosse Anzahl von Anhängern gewonnen, was aus dem Umstande ersichtlich ist, dass nach Verlauf von kaum 2 Jahren eine neue Auflage nothwendig wurde. Die vorliegende 3. Auflage ist vom Verf. bedeutend vermehrt und umgearbeitet worden. Der Umfang des Buches hat um 52 Seiten zugenommen. In den einzelnen Abschnitten des Buches ist alles in den letzten Jahren wissenschaftlich Erforschte und Festgestellte berücksichtigt worden. Eine besonders durchgreifende Umarbeitung und Ergänzung haben die von den Nerven- und Verdauungskrankheiten handelnden Capitel erfahren. Das Buch bietet einen reichen Schatz von eigenen aus der Privatpraxis und Poliklinik stammenden Erfahrungen und Beobachtungen des Verf. dar, obgleich als Vorzug des Buches betont werden muss, dass der Verf. überall bemüht gewesen ist, auch die Studien und Erfahrungen anderer Forscher genügend zu beleuchten. Das Buch zeichnet sich zweifellos, ungeachtet der überall vom Verf. erstrebten Knappheit der Darstellung, durch Vollständigkeit aus. Im Anhange ist neben der Dosirung der für das kindliche Alter gebräuchlichsten Arzneimittel eine Anzahl von Arzneiformeln beigefügt, deren sich der Verf. in seiner langjährigen Thätigkeit als Kinderarzt besonders häufig bedient. Dadurch wird dieses Buch für den angehenden Praktiker besonders werthvoll. Alle diese Vorzüge des Buches lassen den Ref. den Wunsch aussprechen, dass die 3. Auflage desselben ausser den alten Freunden noch viele neue erwerben möge.

Hess.

Ludwig Seeger: Pathologie und Therapie der Rückgratsverkrümmungen. Mit 90 Holzschnitten. Wien und Leipzig 1890. (Separatabdruck aus der Wiener Klinik).

Die vorliegende Arbeit können wir den Herren Collegen, die in Kürze betreffs der Rückgratsverkrümmungen und deren Behandlung ihre Kenntnisse auffrischen und viele wichtige praktische Winke für die ärztliche Untersuchung und Therapie zu haben wünschen, auf's Angelegentlichste empfehlen. Verf. hat auf 96 Seiten das Thema gut behandelt; es fehlt leider ein Inhaltsverzeichniss; die Zeichnungen sind klar und übersichtlich ausgeführt, der Styl ist fliessend und leicht verständlich. Besonders der Abschnitt über „Eintheilung, Form und Wesen der Verkrümmungen" ist mit vielem Fleiss ausgearbeitet, leicht verständlich und durch Zeichnungen übersichtlich erläutert. Die Schrift zerfällt in 10 Abschnitte: I. Normalkrümmung der Wirbelsäule; II. Eintheilung, Form und Wesen der Verkrümmungen: a) äussere Merkmale, b) innere Veränderungen; III. Ursachen der Seitenkrümmung; IV. Untersuchung auf Verkrümmung; V. Messung Verkrümmter; VI. Prognose; VII. Prophylaxis; VIII. Orthopädische Gymnastik; IX. Beschreibung der Apparate und Bandagen; X. Therapie.

Grimm.

Auszug aus den Protokollen

der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 18. April 1890.

1) Dr. Bergengrün demonstrirt einen Fall von *Pachydermia laryngis*. Diese Affection hat nach der Virchow'schen Arbeit im August 1887 grössere Aufmerksamkeit auf sich gelenkt. In allerjüngster Zeit sind mehrfach derartige Fälle veröffentlicht, sie gehören jedoch noch immer zu den Seltenheiten. Der vorgestellte Fall bietet folgende Krankengeschichte:

C. M., 54 a. n., Vater gesunder Kinder, hat keine hier interessirende Krankheiten durchgemacht. Vor etwa 1—1½ Jahren stellte sich eine immer mehr zunehmende Heiserkeit ein, die sich allmälig bis zu fast völliger Unmöglichkeit zu sprechen steigerte, dabei bestanden starke Schmerzen in der Kehle. Heiserkeit und Schmerzen blieben ca. 3 Wochen auf derselben Höhe bestehen, um dann langsam abzunehmen. Die Stimme wurde wieder vollständig klar, Schmerzen nur im Rachen hier und da beim Schlucken.

Status praes. Allgemeiner chronischer Rachencatarrh. Ebenso im Larynx alle Theile intensiv geröthet, Schleimhaut über den Cart. arytaenoid. mässig geschwellt, glatt, Stimmbänder verbreitert, derb, gelblich roth. An den Proc. vocal. bemerkt man etwa ½-erbsengrosse Prominenzen von deutlich gelber Farbe und leicht granulirter Oberfläche, umgeben von einem intensiv rothen Schleimhautfältchen. Die rechte, grössere Prominenz zeigt eine Delle, während die linke, kleinere,



einen Hügel darstellt, welcher bei der Phonation genau in die rechte Delle hineinpasst. Hierdurch vollständiger Glottisschluss und daher der reine, klare Vocal. Offenbar hat der eine Tumor auf den andern im Laufe der Zeit derartig gewirkt, dass in dem einen Tumor eine Delle entstand und so ein Verschluss zu Stande kam, wie zwischen Gelenkkopf und Gelenkpfanne. Vortr. hat gelegentlich eines Aufenthaltes in Wien eine analoge Formveränderung an den Stimmbändern längere Zeit hindurch genau verfolgen können (beschrieben von Réthi: Wien. kl. Woch. 1889, № 27). Im vorgestellten Falle würde sich durch den angedeuteten Modus die intensive Heiserkeit, welche aus mangelhaftem Stimmritzenschluss durch die Prominenzen zu Stande kam, und deren allmälige Abnahme leicht erklären lassen.

2) Dr. Schabert: „Ueber Aortenenge". Angeregt durch Fraentzel's Arbeit (Herzkrankheiten), in welcher dieser den klinischen Werth und die Wichtigkeit dieses Gegenstandes hervorhebt, hat Vortr. die über einen grossen Zeitabschnitt zerstreute Literatur gesammelt. Nach eingehender Besprechung derselben wird über folgenden, im hiesigen allgemeinen Krankenhause beobachteten Fall von allgemeiner Enge der Aorta berichtet. A. K., 20 a. n., Instrumentenmacher, aufgenommen den 19. März 1888. Herzklopfen beim Laufen von Jugend an und Flimmern vor den Augen bei stärkeren Anstrengungen sind die einzigen anamnestischen Daten von Werth. Nie Gelenkrheumatismus gehabt. Vor 6 Tagen plötzlich erkrankt unter Hitze und Kälte, Schmerzen im Epigastrium, Erbrechen. Status praesens: Guter Ernährungsstand, keine Oedeme, Genitalien normal. Herz steht extramammillär im VI. I. C. R. Dämpfung vergrössert. Lautes systolisches Spitzengeräusch. Pulmonalton sehr verstärkt. Puls 108, regelmässig, leer, dicrot. Leber und Milz vergrössert; Harn ohne Albumin. Die übrigen Organe normal. Am nächsten Tage präcardiales Reiben an der 6. Rippe. Benommenheit, Beängstigungen. 4 Tage Temp. erhöht, dann allgemeine Besserung. Am 11. Tage auf stricten Wunsch entlassen. — Den 25. August 1888 kehrt Pat. zurück, ist arbeitsunfähig gewesen, sehr aufgeregt, beständige Beängstigungen, leichter Tremor universalis. Status: Herzdämpfung vergrössert, systolisches Spitzengeräusch, Arhythmie. P. 82, schwach, unregelmässig, ungleich. Leber fingerbreit über dem Nabel, druckempfindlich. Im Harne Eiweiss. Normale Temp. Der weitere Verlauf war charakterisirt durch Aufregung, Beängstigungen, Schlaflosigkeit. Die Leber rückt tiefer, steht schliesslich unter dem Nabel. Oedeme der unteren Extremitäten stellen sich ein; zum Schluss Lungeninfarct. Tod den 30. August.

Section (Dr. Krannhals): Herz 11, 5; 17; 7. Vorderfläche des l. Ventrikels thalergross mit dem Herzbeutel verwachsen. Beide Ventrikel dilatirt. Ost. ven. sin. 17,5. Dicke der Ventrikelwand r. 1, l. 1,5. Klappen normal, zart. Aorta sehr zart, allgemein verengt, im Anfange 4,3 Ctm. An der linken Pleura beginnende Pleuritis. Im linken Unterlappen Infarct, im rechten Unterlappen seröse, schlaffe Pneumonie. Leber, Milz, Nieren im Stauungszustande. Anatom. Diagnose: Hydrops universalis, dilatatio et degeneratio cordis, concretio cordis cum pericardio. Aorta angusta univers. — Die Section bestätigte also die Diagnose Pericarditis, zerstörte aber die Vermuthung, dass die Klappeninsufficienz auf endocarditischer Grundlage hervorgegangen. Durch enorme Dilatation des l. Ventrikels in Folge allgemein verengter Aorta war eine relative Insufficienz entstanden. — Zum Schlusse präcisirt Vortr. ein Gesammtbild der Aortenenge, wie es sich ihm in den zur Veröffentlichung gelangten Fällen dargeboten. (Der Vortrag ist ausführlich in № 32 dieser Wochenschr. erschienen.

Dr. Krannhals erwähnt, dass bei Sectionen Phthisischer sehr oft Zartheit der Aorta angetroffen wird, meist ist sie enger als in Cadavern anderer Individuen gleicher Grösse. Arteriosclerose wird bei Phthisikern fast niemals gefunden. Die vom Vortr. angeführte Neigung bei Aortenenge zu Sclerose wäre daher überraschend. Bei jugendlichen Individuen, um die es sich hier ja handelt, ist in solchen Fällen wohl stets an vorausgegangene Lues zu denken.

Dr. Schabert bestätigt das häufig angegebene Zusammentreffen zwischen Aortenenge und Sclerose. Bezüglich der Phthise ist oft schon auf die geringere Energie der Herzthätigkeit hingewiesen, hypervoluminöse Lungen, grosses Abdomen, kleines Herz — so lautet Rokitanski's Standpunct.

Dr. Hampeln ist der Ansicht, dass trotz Fraentzel's „idiopathischer Herzerkrankungen" die Diagnose der Aortenenge doch wohl noch immer schwierig bleiben wird. Möglicherweise würden genauere Pulsuntersuchungen und zwar nicht bloss der Radialis, sondern auch der Carotis, Brachialis, Cruralis grössere Sicherheit bieten. Theoretisch zu construiren wäre etwa ein kleiner Puls bei normaler Dicke und mittlerer Spannung. Im vorliegenden Falle handelt es sich um eine wohl mehr zufällige Combination von Aortenenge mit Myocarditis und Pericarditis. In einer anderen Reihe von Fällen beherrscht der Klappenfehler das Bild. Am ehesten werden wir richtig die Diagnose stellen bei jugendlichen Individuen im Alter von 16—20 Jahren, welche ein Bild bieten, das wir in Ermangelung anderer ätiologischer Momente bisher als Herzneurose zu bezeichnen pflegten.

Dr. Krannhals weist darauf hin, dass unter Anderen namentlich Schulärzte mit dem Krankheitsbegriff Aortenenge



rechnen haben bei Entscheidung von Fragen über Turnen etc. In 2 Fällen, wo die subjectiven Klagen auf Aortenenge hinwiesen, konnte die Diagnose jedoch nicht gestellt werden, da der linke Ventrikel nicht dilatirt war.

Dr. Schabert bemerkt hierzu, dass die Entscheidung der Frage nach der Herzhypertrophie im Kindesalter noch mancher Aufklärung bedarf. Bekanntlich ist die Herzdämpfung bei Kindern in der Norm grösser als bei Erwachsenen. In welchem Maasse jedoch und wie bald die Dämpfung zu der hernach als normal geltenden Grösse übergeht, ist bisher noch nicht bekannt.

Sitzung am 2. Mai 1890.

1) Dr. Ed. Schwarz stellt einen Pat., behaftet mit *Acromegalie*, vor. Herr S., Accisebeamter, 51 a. n., stammt von gesunden Eltern, Vater gross und kräftig, ohne Abnormitäten. Stets will Pat. auffallend grosse Hände gehabt haben, seit 1½ bis 2 Jahren hat eine derartige Volumszunahme des Gesichtes stattgefunden, dass Pat. nahe stehende Personen ihn nicht mehr wiedererkennen. Keine Lues. Mässiger Alkoholgenuss. Starker Raucher. Die sexuellen Functionen normal. Stets auffallend starker Appetit und vermehrter Durst. Der zur Zeit recht beleibte Mann ist früher noch viel corpulenter gewesen. Vor ca. 4 Jahren stellten sich Athembeschwerden (namentlich bei den häufigen Fahrten) und unmotivirte Schlafsucht ein, welche Beschwerden zunächst Pat. den Arzt aufsuchen liessen. In letzter Zeit, wahrscheinlich nach Einstellen des Rauchens und des Genusses alkoholischer Getränke, haben die Athembeschwerden aufgehört, auch die Schlafsucht ist geschwunden, so dass Pat. sich gegenwärtig recht wohl fühlt und nur das ihn entstellende, verdickte Gesicht Gegenstand der Sorge ist. Psychisch stets normal, im Augenblick vollkommen leistungsfähig. — Haltung des Kranken gebückt, Kopf nach vorn geneigt. Körpergewicht 250 ℔; Körperlänge 174 Ctm. Der Kopf bietet auf den ersten Blick höchst Auffallendes dar. Schädelumfang sehr gross, 610 Mm. (normaliter um 500), Längsdurchmesser 202, Länge des Unterkiefers 125, Längsdurchmesser vom Kinn bis Protub. occip. 230. Keine partiellen Auftreibungen der Knochen, dieselben sind überall glatt. Früher hat Pat. die obere und untere Zahnreihe stets zusammenzubringen vermocht, jetzt steht bei einem solchen Versuch die untere Zahnreihe 0,5 Ctm. vor der oberen. Die Haut des Gesichts ist überall auffallend reichlich vorhanden, sie ist dick, jedoch nicht teigig, sondern weich. Seit November vorigen Jahres, während welcher Zeit Vortr. Pat. behandelt, hat dieses Phänomen bedeutend abgenommen. Hals sehr dick, über Pomum Adami 50,5 Ctm., über Manubrium sterni 54,0. Unter der Trachea ist von einer Thyreoidea nichts durchzufühlen. Zunge in allen Theilen gleichmässig hypertrophirt. Rachen auffallend eng. Es besteht Catarrh des Rachens. Die auffallend grosse Hand bietet an der Haut nichts Krankhaftes dar. Fuss gegenüber der Hand verhältnissmässig klein. An den inneren Organen nichts Auffallendes ausser einer geringen Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts. Eine in den Erb'schen Fällen erwähnte Dämpfung in der oberen Sternalgegend (persistirende Thymus?) ist entschieden nicht vorhanden. Harn 1030, ohne Alb., ohne Zucker. Nach der Demonstration bespricht Vortr. eingehend die Diff.-Diagnose. Gegen *Myxoedem*, unter welcher Diagnose Pat. Vortr. zugeschickt wurde, spricht die Vergrösserung der Knochen, die Weichheit und Verschieblichkeit der Haut, die ovale Form des Gesichts (bei Myxoedem mehr rundlich). Bei der in Frage kommenden *Ostitis deformans* der Schädeldecken ist die Gesichtsform eine nahezu dreieckige. Diese Krankheit sitzt im Uebrigen meist an den langen Knochen. Bei *Leontiasis ossea* handelt es sich nur um partielle Knochenauftreibungen, bei *Arthritis deformans* wesentlich um Gelenkerkrankungen. Vortr. bleibt nach Ausschluss obiger Formen bei der Acromegalie (Pierre Marie) stehen, der Grössenzunahme an den Enden des Körpers, partiellem Riesenwuchs. Gegenüber dem allgemeinen Riesenwuchs kommen beim vorgestellten Pat. folgende Umstände in Betracht, Verhältniss des Fusses zur Körperlänge (normal 1:6), in unserem Falle 1:6,33, bei einigen Riesen 1:6,7, ja 1:7,1 (der irische Riese Murphy), ferner die gegenüber den anderen Maassen verschobenen Kopfmaasse und schliesslich der Umstand, dass sich bei den Riesen die Haut, das Unterhautzellgewebe und die Muskulatur nicht gleichermaassen betheiligen. In letzter Zeit sind in Deutschland mehrfach Fälle dieser Krankheit beschrieben worden, was Virchow namentlich veranlasst hat, diese Frage zu beleuchten. Vortr. referirt ausführlich die strittigen Anschauungen, zum Schluss auf Virchow's Ausspruch hinweisend, dass es gewiss fälschlich wäre, Erscheinungen in späteren Entwicklungsperioden der Krankheit als bestimmend anzusehen zur Construction der Ursachen, aus denen die Krankheit entstand. Die Acromegalie tritt in sehr verschiedenen Altersperioden auf, bei einigen Erkrankten zeigten sich die ersten exorbitanten Erscheinungen zur Zeit der Pubertät, bei anderen in späteren Lebensperioden. In unserem Falle hat sich bei einem Manne mit kräftig veranlagtem Skelet, dessen Hände besonders gross und dessen Kopf kein kleiner (nach älteren Photographien zu entnehmen) gewesen, im Alter von 50 Jahren abermals ein Wachsthum der Kopfknochen und -Weichtheile eingestellt. Sehr wahrscheinlich war die Anlage wohl eine congenitale. Die Lebensdauer der mit Acromegalie Behafteten ist meist eine lange, allmälig entwickelt sich vorzeitiger Marasmus, bisweilen ist comatöser Exitus beschrieben. Mehrfach ist Blindheit in späteren Stadien beobachtet, was Marie auf einen von ihm häufig nachgewiesenen Tumor der Hypophysis bezieht. — Der vorgestellte Pat. hat scheinbar mit recht gutem Erfolge 3 Mal täglich einen Theelöffel Extr. secal. cornut. liq. (Pharmacopoea brittica) seit dem Herbst vorigen Jahres gebraucht. Vortr. verfiel auf dieses Medicament durch eine beim Ophthalmoskopiren constatirte enorme Erweiterung der Arterien. Diese Arterienerweiterung hat jetzt beträchtlich abgenommen. Vortr. betont, dass dieses Mittel in den angegebenen grossen Dosen gegeben werden muss. Dann erzielt man ziemlich sicher eine Wirkung auf die Kopfgefässe; Uteruscontractionen scheinen durch dasselbe nicht ausgelöst zu werden.

2) Dr. Taube: „Zur Puerperalfieber-Frage". An der Hand der namentlich in den letzten 2 Jahren erschienenen einschlägigen Arbeiten wird der heutige Stand der Puerperalfieber-Frage in Deutschland beleuchtet. Das Puerperalfieber wird heute zu Tage unbestritten als eine septische, von den Genitalien ausgehende Infection der Wöchnerin definirt. Auseinander gehen aber die Meinungen über die Ursachen des Entstehens der puerperalen Infection über den Träger derselben und über die zur Verhütung der Infection vorzunehmenden Maassregeln von Seiten der bei einer Geburt beschäftigten Personen. — Winter (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1888, XIV) fand regelmässig, bei Schwangeren sowohl als bei Nichtschwangeren, im Cervix und in der Vagina Mikroorganismen, während normale Tuben und Uterushöhle bis zum inneren Muttermund stets frei von solchen waren. Aus seinen genauen Untersuchungen schliesst Winter, dass der Genitalcanal zwar in der Hälfte aller Fälle pathogene Organismen enthielt, dieselben sich aber, da Thierexperimente stets negativ ausfielen, in einem Zustande abgeschwächter Virulenz befänden. Dieser Virulenzverlust, zunächst noch Hypothese, dient vielfach den Anhängern der Selbstinfectionstheorie als Stütze ihrer Anschauung. — Gegen die Lehre der Selbstinfection und der aus ihr hervorgehenden Polypragmasie an Gebärenden wenden sich entschieden Thorn (Samml. klin. Vortr. 327), Fritsch (D. med. Woch. 88, № 14), Szabó (Wien. med. Pr. 88), Bokelmann und Mehrmann (Centr. f. Gyn. 89, № 16). Thorn kommt nach strenger Kritik der zu Gunsten der Selbstinfectionstheorie vorgebrachten Gründe zu dem Schlusse, dass auch heute noch das Dogma von der Asepsis des Genitalcanals der gesunden Frau aufrecht erhalten werden muss, wenn auch die Möglichkeit, dass die Vagina auch ohne Untersuchung einmal pathogene Pilze enthält, nicht zu leugnen ist. Thorn will den unklaren und weit dehnbaren Begriff „Selbstinfection" ganz eliminiren. Nach Fritsch ist die Infection von aussen die Regel. Er schlägt vor, an Stelle der Bezeichnungen Infection von aussen und Selbstinfection den Ausdruck pathogene und nicht pathogene Infection zu setzen. Im Augenblick kann jedoch die Frage nach der Pathogenität der einzelnen Mikroorganismenarten als noch nicht abgeschlossen angesehen werden und ist daher diese Eintheilung zunächst nicht anwendbar. Szabó berichtet, wie in der Pester geburtsh. Klinik die Resulsate bezüglich des Fiebers in den letzten Jahren bedeutend günstiger geworden, was bei der Annahme einer Antoinfection, gegen welche absolut nichts gethan wird, nicht gut zu erklären wäre. Wohl aber wird auf's energischste gegen eine Exoinfection durch Desinfection der Hände, Instrumente und der äusseren Genitalien vorgegangen. Szabó warnt davor, sich hinter dem Ausdruck Autoinfection zu verkriechen, wo bei eingetretener Sepsis vielleicht nur mangelhafte Desinfection zu beschuldigen ist. — Vortr. erwähnt dann der von verschiedenen Autoren constatirten Thatsache, dass das Lochialsecret aus dem Uterus und den oberen Theilen der Scheide keimfrei bei gesunden Wöchnerinnen, während bei an Sepsis erkrankten stets Staphylokokkus und Streptokokkus pyogenes nachgewiesen worden ist.

Mit Rücksicht auf die Thatsache der Anwesenheit einer Unzahl von Mikroorganismen im Cervix und in der Scheide auch der gesunden Kreissenden, welche Keime unter Umständen pathogen sein oder doch werden können, mit Rücksicht hierauf ist nun mehrfach die Forderung aufgestellt, die Geburtswege vor jeder Geburt ebenso wie ein Operationsfeld aseptisch zu machen. Selbstverständlich wird Keimfreiheit der Hände etc. ebenfalls postulirt. Doederlein und Guenther haben auf dieses theoretische Raisonnement hin folgendes für die Praxis verlangt: Abschneiden der Pubes, Einseifen der Gegend, Abreiben mit 5% Carbollösung, energisches Auswischen der Scheide mit Mollin (soll gut den Schleim lösen und in Wasser löslich sein), Ausspülung mit 2, resp. 3% Creolinlösung, wobei die Labien anfangs zugeklemmt werden. Diese Desinfection soll vor jeder Untersuchung und nach jeder Geburt geschehen. Steffeck will ebenfalls bedingungslos Scheide und Cervix vor jeder Geburt desinficiren und nach jeder Geburt spülen, nur gebraucht er statt Creolin Sublimat. Nach Creolinanwendung hat er stets noch Keime nachweisen können. St. betont, dass nach einer halben Stunde bereits der Erfolg einer einmaligen Desinfection vernichtet ist und diese behufs Entfernung alles Schädlichen also zu wiederholen ist. — Im schroffsten Gegensatz zu diesen Anschauungen stehen Mehrmann und Bokelmann. Beide verwerfen die prophylaktischen Scheiden-

spülungen und legen das Schwergewicht auf die peinlichste subjective Desinfection. M. bringt eine Statistik, die besser ist, als die Doederlein's und Guenther's mit ihrer colossalen Polypragmasie. B. weist darauf hin, dass die Mucosa des Genitalcanales ihres physiologischen Deckmantels, des Schleimes, beraubt wird, wodurch den Infectionskeimen der Zugang erleichtert, wodurch ferner der Verlauf der Geburt verzögert wird. Das ganze Verfahren sei entschieden schmerzhaft und psychisch erregend für die damit Beglückten.

Zum Schluss entwickelt Vortr. seine Ansichten über das Desinfectionsverfahren des Genitalrohres gesunder Kreissender. Ein derartiges Sterilisiren wäre wohl nur in Kliniken möglich, da es den Hebammen ja niemals anheim gegeben werden kann. Das Unheil würde sonst, da schon die subjective Desinfection von denselben oft nachlässig oder garnicht betrieben wird, gewiss noch viel grösser sein als bisher. Die günstige Statistik Mehrmann's beweist, dass die Polypragmasie nicht nur nicht nothwendig ist, sondern bisher wenigstens auch nicht ähnliche gute Resultate zu verzeichnen hat. Theoretisch ist die Frage als nicht abgeschlossen anzusehen, da es noch unentschieden, ob im Cervix und in der Vagina gesunder Kreissender sich pathogene Keime vorfinden oder durch was für Einflüsse die vorhandenen Mikroorganismen pathogene Eigenschaften acquiriren. Also auch von diesem Standpuncte ist das neue Desinfectionsverfahren sub partu nicht zu billigen.

Dr. Carlblom constatirt, dass die Untersuchungen über Selbstinfection und die gegenwärtigen Anschauungen noch nicht abgeschlossen seien, wie ja auch Vortr. hervorgehoben. Leopold's Beobachtungen an einer Reihe von Kreissenden, welche intravaginal überhaupt garnicht untersucht waren und von denen doch nicht alle fieberfrei blieben, lassen den Gedanken an die Möglichkeit einer Selbstinfection doch nicht ganz beseitigen. C. ist der Ansicht, dass es in dieser Angelegenheit wohl noch manche unausgetragene Thatsachen giebt. So steht z. B. eine zeitweilig häufiger auftretende Erkrankung an Wochenbettfieber fest, eine Erklärung hierfür zu finden, ist zur Zeit noch nicht möglich.

Dr. Worms bemerkt hierzu, dass in den letzten 6 Monaten in Riga ungemein wenig Puerperalfieberfälle gemeldet sind, was die soeben ausgesprochene Ansicht stützen würde, vorausgesetzt, dass das Anzeigen in gleicher Weise wie früher bewerkstelligt worden ist.

Dr. v. Stryk tritt energisch für die Verbannung des Begriffes Selbstinfection ein. Nur allzu leicht kann dieselbe zum Deckmantel der Nachlässigkeit in Bezug auf subjective Antiseptik werden. Gerade Leopold's günstige Statistik spreche für das Fälschliche der Auffassung, dass die Geburtswege der gesunden Kreissenden nicht aseptisch seien bei Fernhaltung äusserer Schädlichkeiten. Wenn bisweilen in solchen Fällen, die der strengsten Kritik Stich halten, doch pathogene Keime sich entwickelten, so ist, wie von anderer Seite schon bemerkt, kein Fall vorhanden, wo äussere Noxen gänzlich ausgeschlossen werden konnten, die Kreissenden machten sich selbst zu schaffen an den Genitalien oder sonst irgend wie könnte schon früher eine Infection zu Stande gekommen sein.

Auch Dr. Huebner ist der Anschauung, dass vorläufig ein definitives Urtheil in der angeregten Frage nicht abzugeben sei, dazu bedarf es der Sammlung weiterer bacteriologischer und statistischer Forschungen. — Mollin ist nach Dr. H.'s Erfahrungen nicht immer in Wasser löslich. Bezüglich des Creolins weist er darauf hin, dass bekanntlich 2 Gattungen existiren, das eine wirksam, das andere nicht, wodurch vielleicht die Differenz der Untersuchungen Steffeck's und Guenther's zu erklären seien.

z. Z. Secretär: Dr. Bernsdorff.

Auszug aus den Protokollen
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 12. März 1890.

1) Dr. Magawly (als Nachtrag zu der Mittheilung in der letzten Sitzung): Die alte Dame, deren Glaucom wegen Gesichtserysipel nicht operirt werden konnte, ist nun vor 8 Tagen operirt, nachdem das Erysipel ganz geschwunden war. Bis dahin immer Eserin. Sobald dieses ausgesetzt wurde, traten sogleich Schmerzen und andere Unbehaglichkeiten im Auge auf. Die Operation wurde bis jetzt gut überstanden; auf dem anderen Auge senile Linsentrübung, aber kein Glaucom.

2) Dr. de la Croix stellt 2 Patienten vor, die von ihm im Peter-Paulshospital an bacillärer Lungentuberculose behandelt worden waren. Behandlung: Kreosot innerlich und möglichst andauernde Terpenthineinathmungen. Kreosot in steigenden Dosen. Bis vor Kurzem wurden von einer Mixtur: Kreosot gr. 15 bis ʒβ, Spiritus vini rectif. ʒβ, Vini Madeira ℥iij und Tinct. amar. ʒjβ, anfangs 1—2 Esslöffel voll, dann — wenn es gut vertragen wurde — die ganze bis doppelte Portion pro die, also ʒj Kreosot gegeben. Da sich diese Formel als zu theuer für's Hospital erwies, so musste eine andere billigere gefunden werden, in der aber das Kreosot ebenso gelöst oder wenigstens ganz gleichmässig suspendirt war, wie in den Spirituosen. Es erwies sich, dass diese Bedingungen gut erfüllt waren in einem Leinsamendecoct. In diesem suspendirtes Kreosot scheidet sich auch bei langem Stehen nicht aus, somit enthält jeder Löffel voll die gleiche Menge des Mittels und der brennende Geschmack desselben ist gemildert. Die jetzt im Peter-Paulshospital übliche Formel ist also: Decoct. sem. lini ℥IV, Kreosot ʒβ und Tinctura amar. ℈ij.

Referent hatte schon im Herbste 1889 50 Tuberculöse so behandelt und konnte 66% von ihnen als wesentlich gebessert aus dem Hospital entlassen — verglichen mit früheren Resultaten ein ungleich günstigeres Verhältniss. Da trat die Influenzaepidemie ein, die durchweg den Zustand der Phthisiker verschlechterte und die Sterblichkeit vergrösserte.

I. Patient. 39-jähr. Kirchensänger trat am 6. Sept. 89 ein, also vor ½ Jahre. Angeblich nicht länger als 3 Wochen krank. Abmagerung, hohes Fieber, Heiserkeit, Husten sehr stark mit sehr viel eitrigem Auswurf (über 4 gewöhnliche Wassergläser voll täglich), der reichlich Tuberkelbacillen enthält. Dämpfung an der rechten Lungenspitze mit feinblasigem Rasseln. Vom 3. Oct. an Kreosotbehandlung, anfangs 3 Gran täglich, am 11. Nov. schon 30 Gran täglich, so dass er bis heute wahrscheinlich 8—9 Unzen eingenommen hat. Die Heiserkeit schwand in 2 Monaten; das Fieber (anfangs 39,0—39,4) blieb 4 Monate so hoch, dann sank es beständig, wurde im Januar subfebril und schwand schliesslich ganz, um nur ab und zu doch Abends noch eine Temp. von 37,7 zu zeigen. Vom 3. Nov. 89 bis heute 6 Kilo Gewichtszunahme. Am 6. Jan. waren im Auswurfe sehr wenig Bacillen, am 6. März gar keine. Husten und Auswurf sind auch minimal. Bei der physikal. Untersuchung der Brust lässt sich in der r. Lungenspitze noch eine Caverne nachweisen (über und unmittelbar unter der Clavicula tympanitische Dämpfung, cavernöses Hauchen und vereinzelte consonirende Rasselgeräusche). Doch ist man gewiss berechtigt, Pat. als auf dem Wege der Genesung zu betrachten. Ob er dieses Ziel erreicht, wird — da er jetzt die Entlassung aus dem Hospital verlangt — von den Umständen abhängen, in die er versetzt wird. — Bei den Untersuchungen des Sputums ist Ref. eine interessante Beobachtung aufgefallen. Während der deutlichen Besserung des Kranken (6. Jan. 90) waren wenig Bacillen zu finden und zwar die meisten in Zellen eingeschlossen (scheint Metschnikow's Phagocytenlehre zu stützen); ferner fanden sich aber neben den Bacillen ebenso gefärbte, freiliegende Pünctchen (Sporen oder Zerfallsproducte?). Niemals fanden sich diese während des floriden Stadiums der Krankheit. Wenn der Farbstoff wirklich nur von den Bacillen so fixirt wird (Koch), dass er nicht wieder abgegeben wird, so müssen diese Pünctchen doch mit Bacillen zusammenhängen; jedenfalls sind es nicht Farbstoffpartikelchen, denn die hätten durch die Säure weggespült werden müssen.

II. Patient. 35-jähr. Arbeiter. Am 30. Dec. aufgenommen. Hustet seit einem Jahre, 2 Mal starke Hämoptoe. Fieber nicht sehr hoch, regelmässige Nachtschweisse. Husten sehr stark mit viel eitrigem Auswurfe. Rechts Dämpfung und feinblasiges Rasseln über dem ganzen Oberlappen, links nur an der Spitze. — Jetzt ebensolche Besserung wie im I. Falle. Seit einem Monate keine Temperaturerhöhung mehr. Husten und Auswurf minimal. Gewichtszunahme 4 Kilo. Die Dämpfungen sind noch da, aber keine Rasselgeräusche mehr.

Dr. Kernig hat in einer Reihe von Fällen ähnlich günstige Resultate von der Kreosotbehandlung gesehen. In seiner Hospitalabtheilung wurden noch grössere Gaben gegeben, 90—120 Tropfen pro die (also fast 5 Grm. pro die, da 25 Tropfen Kreosot = 1 Grm. sind). Eine von einem anderen Collegen behandelte Patientin, die sehr viel vom Mittel gebraucht hatte, schien einer Manie zu verfallen, wie beim Morphium, d. h., dass sie es nicht mehr entbehren konnte. Anderweitige üble Folgen hat K. nicht bemerkt.

Die Frage Dr. Amburger's, ob so grosse Gaben nothwendig seien, ob es nicht kleinere auch thäten — verneint K.; durch Beobachtung hat es sich doch wohl herausgestellt, dass allein die grösseren Gaben wirksam seien.

Dr. Masing, der im Marien-Magdalenenhospital auch seine Phthisiker nach Dr. de la Croix mit Kreosot und Terpenthin behandelt und dabei einige sehr erfreuliche Resultate gesehen hat, entliess einen Pat. nach 2-monatlicher Behandlung sehr gebessert (Gewichtszunahme 9 Kilo etc.). Nach kaum 2 Wochen wurde derselbe in höchst desolatem Zustande wieder in's Hospital gebracht: acutes Lungenödem, acute Nephritis (während des ersten Hospitalaufenthaltes war der Urin sehr oft untersucht und immer normal gefunden worden). Pat. hatte während der 2 Wochen Freiheit 2 Mal weitere Fahrten bei nasskaltem Wetter gemacht und sehr dabei gefroren; andere Unvorsichtigkeiten leugnet er durchaus. M. war anfangs wohl geneigt, das Kreosot zu beschuldigen, dass es die Nieren weniger widerstandsfähig gemacht habe gegen schädigende Einflüsse, wie hier Erkältung. Allein da Pat. — nachdem das Lungenödem überstanden war — wieder viel Bacillen im Sputum hatte und die Verdichtung des r. Oberlappens wieder stärker geworden war, erhielt er doch wieder Kreosot bis 24 Tropfen täglich, und dabei nahm die Albuminurie stetig ab und jetzt nach 4 Wochen ist die Nephritis wohl fast ganz gehoben. Somit musste das Kreosot wohl freigesprochen werden.



XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,

St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 36 St. Petersburg, 8. (20.) September **1890**

Zur Syphilisbehandlung mit subcutanen Injectionen von Hydrargyrum succinimidicum.

Von

Dr. J. Th. Selenew.

(Aus der dermatologischen Klinik des Prof. M. I. Stukowenkow in Kiew.)

Das Hydrargyrum succinimidicum war zur Behandlung der Syphilis von Vollert im September des Jahres 1888 vorgeschlagen und in der Klinik für Syphilitische des Prof. Wolff zu Strassburg mit grossem Erfolg versucht worden (Therap. Monatsh. 1888, Sept.; Bull. gen. de ther. 1888, VIII).

Vollert wandte dieses Quecksilberpräparat in einer 1 % Lösung bei 28 Syphilitikern an mittelst einer Pravatzschen Spritze, enthaltend 1/6 Gran (0,01 Grm.) Hydrarg. succin.; später brauchte er auch eine 2 % Lösung, welche mehr Schmerzen verursacht, weshalb er Zusatz von Cocain empfiehlt. Zur Heilung der syphilitischen Erscheinungen waren in gewöhnlichen Fällen 24, in den schweren 30—35 Injectionen erforderlich.

Wir wandten die 1 % Lösung von Hydrarg. succinim. bei 33 Syphilitikern an in der Klinik des Herrn Prof. M. I. Stukowenkow. Die Injectionen wurden täglich ins Zellgewebe des Rückens oder der Hinterbacken zu 1/4—1/2 Gran pro dosi gemacht. Im Ganzen wurden 933 Injectionen gemacht; für das Verschwinden der syphilitischen Symptome waren in sechs Fällen — 24 Injectionen, in drei — 25, in einem Falle — 26, in zwei Fällen — 27, in fünf — 28, in dreizehn — 30, in einem Falle — 33, in einem — 36, und in einem — 40 Injectionen erforderlich.

Die syphilitischen Erscheinungen waren folgende:

	Fälle, in denen früher das Quecksilber nicht zur Anwendung kam:	Fälle, in denen früher das Quecksilber zur Anwend. kam:
Roseola prima	12	—
Roseola recidiva	2	1
Papula prima	7	—
Papula recidiva	2	6
Pharyngitis ulcerosa	—	1
Periostitis syph. tibiae et arthralgia syph.	—	1
Gummata	1	—
	24	9

Die Wirkung des Präparates auf die syphilitischen Erscheinungen lässt sich folgendermaassen zusammenfassen:

Roseola prima verschwand öfter nach 13—25 Injectionen, bisweilen nach 6—10.

Roseola recidiva verschwand nach 13-18-20 Injectionen.

Papula prima schwand öfter nach 15—30 Injectionen, in einem Falle nach 7 Injectionen.

Papula recidiva — nach 25—28 Injectionen.

Oft konnte man eine Vermehrung des Ausschlages der Roseola und der Papeln in der Heilungsperiode bei den ersten (von 1—5) Injectionen wahrnehmen.

Die schleimigen Papeln des Mundes und des Rachens schwanden nach 20—23 Injectionen; die nassen Papeln des Afters nach 14—24 Injectionen und die des Penis und des Hodens nach 11—14.

Impetigo capitis — nach 8—10 Injectionen.

Cephalalgia, Arthralgia et Dolores osteocopi — nach 19 Injectionen.

Die Wunde im Pharynx wurde nach 13 Injectionen rein und nach 28 cicatrisirte sie vollständig. Die Wunden der Mandeln wurden nach 11 Injectionen rein und waren nach 17 ganz geheilt.

Die Wirkung des Hydragyrum succinimidicum auf Drüsen und Sklerosen war nicht bedeutend; die Drüsen wurden bisweilen nach 24—28 Injectionen weich, bisweilen blieben sie nach 25—30 Injectionen hart. Die Sklerosen wurden nach 25—30 Injectionen teigförmig, manchmal jedoch blieben noch nach 30—33 Injectionen sklerotische Theile wahrnehmbar.

Gingivitis kam in sechs Fällen (ca. 19 %) vor: nach 10 (zweimal), 14, 18, 21 und 22 Injectionen.

Schmerzempfindung und Infiltrate in der Injectionsstelle fehlten gewöhnlich. Selten wurde nach der Injection ein unbedeutender Schmerz, 1/2—1 Stunde anhaltend, constatirt, und nur in einem Falle erreichte derselbe eine intensivere Grösse. Die Infiltrate, welche bisweilen dennoch vorkamen, waren meistentheils unbedeutend und oberflächlich.

In einem Falle kam es nach 23 Injectionen bis zur Diarrhoe und Leibschmerzen, welche 5 Tage lang dauerten.

Bei 24 mit Hg. succ. wegen primärer Syphilis behandelten Kranken, welche 7 Monate lang in unserer Beobachtung blieben, traten 3 Mal Recidive auf.

Die primären Erscheinungen:		Die Recidive:	
1) Roseola prima Ulcus induratum	30 Inj. Hydr. succ.	1) Impetigo capitis Papulae mucosae oris (nach 1 Mon.)	30 Inject. Hydr. succ.
2) Syph. papulosa (Recidivist — Potator nach Verlauf von 1 Mon. nach Anwendung von 59 Frictionen.	30 Inject. Hydr. succ.	2) Angina ulcerosa (nach 10 Tagen.)	23 Inject. Hydr. succ.
3) Roseola prima Ulcus induratum	30 Inject. Hydr. succ.	3) Roseola recidiva (nach 2½ Monaten)	25 Inject. Hydr. succ.

Somit kamen Recidive in 8½ % der Fälle vor. Diese Ziffer ist nicht gross, wenn wir dieselbe mit der Procentzahl der Recidive derjenigen Fälle vergleichen, in denen andere Präparate, wie Hydrargyrum oxydatum flavum [1]) (8 %), Hydr. alaninicum [2]) (20 %), Hydr. salicylicum [3]) (37 %), Oleum cinereum [4]) (30 %) angewandt wurden, und wenn wir den zweiten Fall, complicirt mit chronischem Alcoholismus, ausschliessen, wo die Syphilis einen bösartigen Charakter annahm, so traten die Recidive nicht mit grösserer Intensität auf, als bei den primären Erscheinungen der Krankheit.

Im Harn wurde die Ausscheidung von Quecksilber schon am ersten Tage sicher nachgewiesen und es folgte dann ungefähr bis zur 20. Injection eine merkbare Vermehrung des Quecksilbers, worauf die tägliche quantitative Ausscheidungsdifferenz von Quecksilber im Harn nicht mit Bestimmtheit beobachtet werden konnte. Albumin und Zucker wurden nicht gefunden. Bei 8 Patienten wurde das Körpergewicht während ihrer Behandlung notirt; von diesen nahmen 3 an Gewicht ab, 4 nahmen zu und 1 behielt sein früheres Körpergewicht.

Somit können wir, auf Grund obenbeschriebener Beobachtungen, das Hydrargyrum succinimidicum bei Behandlung der Syphilis als ein gelindes Präparat empfehlen, da es weniger local und allgemein reizend wirkt, als andere Präparate. Deshalb kann man es in erster Reihe anwenden in leichten (primären und recidiven) Fällen von Syphilis und bei Patienten (bes. Frauen und Kindern), welche die Injectionsmethode als solche fürchten und auf die locale Reizung an der Injectionsstelle zu stark reagiren. Seine Wirkung auf die syphilitischen Erscheinungen war, in den von uns beobachteten Fällen, nicht so energisch; deshalb halten wir es für nöthig, in Fällen von schwerer Syphilis, Injectionen von anderen Quecksilberpräparaten (Hg. ox. flav., sublimat., Hg. salicyl., Hg. ox. benzoic.) anzuwenden.

Ein Beitrag zu den Verletzungen des Cavum pharyngeum.

Von

Dr. Emil Aronson,

prakt. Arzt in Libau.

In № 44 der Berl. klin. Wochenschrift vom Jahre 1888 berichtet Dr. Hopmann über einen Fall von Fremdkörper im Halse. In Bezug nun darauf, dass der Fremdkörper von dem Patienten *garnicht* gespürt wurde, würde sich mein Fall an den des Herrn Dr. Hopmann anschliessen. Mir standen leider die einschlägigen Werke nicht zur Verfügung und muss ich mich hier bloss auf die Mittheilung des Falles beschränken. Es handelt sich um eine Schussverletzung, die durch einen unglücklichen Zufall veranlasst wurde.

In der Nacht auf den 10. Jan. a. c. wurde ich über Land zu dem Förster D. geholt, der sich eine Verletzung durch ein *selbstgefertigtes* Gewehr zugezogen haben sollte.

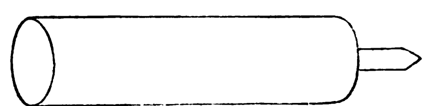
Anamnestisch liess sich Folgendes feststellen: Am 10. Jan. Morgens hatte Förster D. sein Gewehr zum ersten Male versuchen wollen. Die vom Fenster aus Zusehenden hörten den Schuss und sahen ihn umsinken; bewusstlos wurde er in's Zimmer getragen; aus Nase und Ohr floss Blut; einen Fremdkörper im Halse spürt Pat. nicht.

Status praesens: Förster D., ein Mann im kräftigsten Mannesalter, sieht sonst wohl aus, negirt die Möglichkeit, einen Fremdkörper im Halse zu haben, obgleich vom Moment der Verletzung bis zu meiner Ankunft mehr als 12 Stunden verflossen sind. Der locale Befund ergiebt: Oberlippe geschwellt, die oberen Schneidezähne rechts nur in Form von Zahnsplittern, lose in ihren Alveolen hängend. Der harte Gaumen, die Wangenschleimhaut, Zunge, Zäpfchen und hintere Rachenwand an vielen Stellen schwärzlich verfärbt und mit Cruormassen bedeckt; an der hinteren Rachenwand ist die Continuität der bedeckenden Muskulatur aufgehoben, an mehreren Stellen sieht man grubige Vertiefungen; *rechts* an der hinteren Rachenwand in der Gegend der Mm. constrictor pharyng. sup. und med. *eine Masse* von unbestimmter Form und Farbe.

Diagnose: Behufs Feststellung derselben liess ich mir das Gewehr und dessen Anwendung erklären. Das Gewehr besteht aus zwei langen, in der Mitte aufeinander zu schraubenden Röhren; in der Mitte wird die Patrone eingelegt, die beiden Rohre aufeinander geschraubt, ein Zapfen an einem Ende eingeschoben, das Gewehr ist nun schussfertig und wird an den Mund geführt; durch eine kräftige Exspiration wird der Zapfen auf die Patrone zugetrieben, — die Entladung erfolgt. Theoretisch war das Calcül ganz richtig; der erste praktische Versuch scheiterte kläglich, weil unser moderner Gewehrconstructeur den bei jedem Schusse durch das Freiwerden der Explosionsgase entstehenden Rückstoss nicht in Erwägung gezogen hatte.

Obgleich das subjective Wohlbefinden des Kranken, der Mangel jeglicher stenotischen oder überhaupt schmerzhaften Symptome die Diagnose eher erschwerten, denn erleichterten, obgleich das Operationsfeld durch die für die künstliche Beleuchtung nothwendige Assistenz, Zungenspatel, Angst des Kranken schwer zu überblicken war, so gelang es mir doch durch Exploration mit der Sonde in der obenerwähnten Masse einen harten, metallischen Körper zu constatiren.

Therapie. Nachdem zwei Extractionsversuche mit einer Zange ohne Resultat geblieben waren, versuchte ich den Fremdkörper mit einem Langenbeck'schen Wundhaken herauszuhebeln, was mir auch sofort gelang. — Der Fremdkörper erwies sich als der für den Schuss nothwendige Zapfen; er besteht aus Eisen, wiegt 19 Grm., ist 4½ Ctm. lang und hat das Aussehen, wie die nebenstehende Zeichnung es wiedergiebt.



Verlauf. Zum Ausspülen der Mundhöhle ordinirte ich eine Creolinlösung; gegen die im Laufe der nachfolgenden Woche *heftig* auftretenden Kopfschmerzen — Eisblase und Antipyrin. Nach etwa 10 Tagen war Pat. hergestellt.

Zum Schlusse seien nur noch einige Bemerkungen über die Flugrichtung, die das Projectil genommen haben musste, gestattet. Nachdem der Zapfen durch den Rückstoss gegen den Mund des Försters getrieben wurde, traf er zunächst auf die Schneidezähne, zersplitterte dieselben, erlitt aber dadurch Ablenkung und Abschwächung. Trotzdem war die treibende Kraft so stark, dass der Zapfen durch die ganze Mundhöhle fliegen konnte und sich in die Muskulatur der hinteren Rachenwand in schräger Richtung einwühlte, wo er erst durch die Knochentheile aufgehalten, fast ganz bedeckt da lag.

Erwägt man die Nähe der grossen Gefässe, so war die Abschwächung des Stosses durch die Zähne von nicht geringer Bedeutung für den günstigen Ausgang des Falles. — Ein wie wenig verlässlicher Anhaltspunct die subjectiven Angaben des Kranken sind, der in diesem Falle, trotz eines Zeitraumes von mehr als 12 Stunden den Fremdkörper im Halse garnicht spürte, keine Schmerzen beim Schlingen hatte, und erst durch die Extractionsversuche überzeugt werden konnte, — das deutlich zu illustriren, ist der eben beschriebene Fall wohl im Stande. Es steht also diese Beobachtung im Gegensatz zu den von Schrötter in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1876 und 1882 zusam-

[1]) Selenew, Joh.: „Die Behandlung der Syphilis mit tiefen Injectionen von Hydr. ox. flavi". Militär-medicin. Journ. 1890, 1, 2, 3, 4, p. 49.

[2]) Selenew: „Das Hydrargyrum alaninicum bei Syphilis". Med. Obosr. 1889, № 17.

[3]) Selenew, J. Th.: „Das Hydrargyrum salicylicum in der Syphilistherapie". Med. Obosr. 1890, № 8, p. 723—733.

[4]) Lindstrem, A. A.: „Zur Therapie der Syphilis mit subcutanen Injectionen metallischen Quecksilbers in Form von Oleum cinereum. Militär-medicin. Journ. 1890, № 2, p. 70.

mengestellten Fällen, wo die Betreffenden mehr oder weniger bestimmt angaben, dass ihnen im Halse Etwas stecke. Der Hinweis darauf, wie in ähnlichen Fällen gerade eine genaue, auf *objective* Untersuchung gestützte Diagnose von Wichtigkeit ist, schien mir Berechtigung zur Veröffentlichung dieses Artikels zu geben.

Referate.

Wertheimer: Ueber fieberlose Scarlatina. (Münchener Med. Wochenschr. № 26).

Verfasser bringt zwei sehr interessante Krankengeschichten, welche das Vorkommen fieberloser Scharlachfälle sicher stellen. Der erste Fall betraf einen 7-jährigen Knaben, dessen Mutter eines Morgens an der Vorderfläche seines Halses und an der Brust eine auffallende Röthe bemerkte. Verfasser wurde hinzugezogen und constatirte ein blassrothes Erythem, das bei näherer Betrachtung sich aus kleinen, dicht gedrängt stehenden, lichtrothen Puncten bestehend erwies. Hals, Brust, Schultern und oberer Theil des Rückens waren von diesem Erythem befallen. Die Tonsillen zeigten eine gleichmässige Röthe, einzelne Stellen des Velum, Spitze und Ränder der Zunge ebenfalls geröthet. Keine Klagen über Halsschmerzen oder etwaige Schlingbeschwerden. Abends breitete sich das Erythem über das Abdomen und die Extremitäten aus; erst am Morgen des vierten Tages war es bereits verblasst; gleichzeitig waren auch die pharyngitischen Erscheinungen geschwunden. Am 9. Tage Auftreten einer feinen, kleienartigen Abschuppung. Die von Zeit zu Zeit bis zur 4. Woche wiederholt angestellte Urinuntersuchung ergab keine Abnormität. Die Temperaturen und Pulszahlen waren folgende:

Am 1. Tage Vorm. 37,7, Abds. 37.8, Puls 120;
„ 2. „ „ 37,6, „ 37,8, „ 125;
„ 3. „ „ 37,6, „ 37,7, „ 116;
„ 4. „ „ 37,3. „ 37,5, „ 96.

Auffallend hohe Pulsfrequenz bei normaler Temperatur.

Der zweite Fall betraf ein $6^1/_2$-jähriges Mädchen und glich im Wesentlichen dem ersten, nur hatte sich die Temperatur ein Mal und zwar am Abend des 2. Tages zu einer subfebrilen Höhe von 38,1 erhoben. Am 17. Tage trat Albuminurie auf, welche nur eine Woche bestand. Verf. legt auf die in beiden Fällen constatirte hohe Pulsfrequenz bei Fehlen jeglicher Temperatursteigerung grosses Gewicht und will dieses Symptom von hohem Werth für die Erkenntniss der Krankheit angesehen wissen.

Im Anschluss an obige Mittheilung schildert Felix Beetz (Münch. med. Woch. № 28) ebenfalls zwei Fälle von Scharlach ohne Fieber. Der zweite Fall betraf ihn selbst. Pulsbeschleunigung war vorhanden. Abelmann.

Ernst Sehrwald: Welchen Einfluss übt die Einathmung heisser trockener Luft auf die Temperatur der Lunge? (D. med. W. № 15).

Die von Weigert und Halter auf Grund oberflächlichen wissenschaftlichen Raisonnements empfohlenen Einathmungen von heisser Luft zur Behandlung der Lungenphthise haben eine ganze Reihe von experimentellen Arbeiten angeregt, deren übereinstimmendes Resultat dasjenige ist, dass es nicht gelingt, die Temperatur der Lungenluft wesentlich zu erhöhen. Auch die vorliegende Arbeit kommt nach sorgfältigen Untersuchungen zu demselben Resultate; einzelne Puncte desselben lauten:

1) Heisse trockene Luft, durch die Nase eingeathmet, vermag bei einer Temp. von 50—350° C. die Wärme der Lunge höchstens um 1° zu erhöhen, selbst bei $1^1/_2$-stündiger Einathmung.

2) Eine fast gleich hohe Erwärmung der Lunge tritt auch schon beim Einathmen kühler Zimmerluft ein, sobald die Athmung schneller und angestrengter erfolgt.

3) Da bei der Heissluftathmung durch die Nase die Respiration beschleunigt und angestrengter wurde, darf die Erhöhung der Lungentemperatur zum grossen Theil, wenn nicht ausschliesslich, der Respirationsänderung zugeschrieben werden, umsomehr, da schon in den grossen Bronchien die Luft wieder unter die Rectaltemperatur abgekühlt ist.

5) Trockene Luft, direct in die Trachea geleitet, wird höchstens bis 80° noch ertragen.

6) Die Frequenz der Respiration geht durch das directe Einleiten trockener Luft von 80° auf 144 in der Minute und noch höher hinauf.

7) Die Lungenwärme steigt gleichzeitig noch nicht einmal um einen Grad.

8) Die Ansicht Halter's, die Tuberkelbacillen würden durch ein öfteres kurzes Erwärmen bis 41° getödtet oder in ihrer Virulenz geschwächt, ist völlig unerwiesen. Wäre sie richtig, so würden die im Lungengewebe wuchernden Bacillen nur durch eine Erwärmung des Lungengewebes selbst geschädigt und unschädlich gemacht werden können. Die Versuche zeigen, dass eine zu diesem Zwecke genügende Steigerung der Lungentemperatur sich weder durch Einleiten maximal heisser Luft in die Nase, noch direct in die Trachea erzielen lässt. Max Schmidt.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

G. Hünerfauth: Rheumatismus und Gicht und deren Behandlung mit Elektricität, Massage und Wasser. Wiesbaden 1890.

Wir finden in der vorliegenden Schrift eine Arbeit, die uns mit der Geschichte, der Entwickelung, der Vielseitigkeit, den Entstehungsursachen und dem Wesen der genannten Krankheiten nach der Ansicht der verschiedenen Autoren, deren Arbeiten angeführt werden, bekannt macht und uns in die Therapie der beiden genannten Krankheiten, die sehr genau und eingehend besprochen wird, einführt. Wir können das Buch allen Collegen zum Durcharbeiten empfehlen, bedauern nur, dass die Casuistik, die zum Beleg der ausgesprochenen Ansichten angeführt wird, nicht reichlicher und präciser ist und dass der Verf. mit seiner persönlichen Ansicht meistentheils nicht offen hervortritt. Der Inhalt hat folgende Eintheilung: I. Rheumatismus. 1) Muskelrheumatismus; 2) die rheumatischen Neuralgien; 3) der Gelenkrheumatismus: a) der acute und b) der chronische Gelenkrheumatismus. II. Gichtursachen; Wesen der Gicht. 1) Die primäre Gelenkgicht, der acute Gichtanfall; 2) die primäre Nierengicht. III. Therapie. 1) Elektricität; 2) Massage; 3) Wasserbehandlung; 4) combinirte Behandlung. Grimm.

Carl Finkelnburg: Ueber die Errichtung von Volks-Sanatorien für Schwindsüchtige. gr. 8°. 19 S. Bonn 1890. Verlag von Emil Strauss.

Der Vortrag ist in der Generalversammlung des Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege am 2. Dec. 1889 zu Düsseldorf gehalten worden; somit nicht an die Fachgenossen, sondern an das breitere Publicum gerichtet. Unter Zugrundelegung der erschreckenden Zahlen, welche die Statistik über die Tuberculosen-Sterblichkeit in Rheinland und Westphalen liefert — von tausend Lebenden starben dort im Jahresdurchschnitt 1877 bis 1886 an Lungenschwindsucht und Lungenblutung 4,62, resp. 4,69 und von 100 Todesfällen waren durch Lungenschwindsucht und Lungenblutung verursacht 18,4, resp. 20,2 — redet Finkelnburg dringend der Errichtung von Volks-Sanatorien das Wort. Es sollen die Provinz, die städtischen Gemeinden, die Krankenkassen und die Privatwohlthätigkeit gleicherweise herangezogen werden.

Ein Ausschuss ist von der Versammlung niedergesetzt worden, welcher die angeregte Idee ausarbeiten und die Mittel und Wege ausfindig machen soll, um die Idee zu verwirklichen. Wie verdienstvoll es wäre, den praktischen Anfang in dieser Frage zu machen, braucht nicht weiter erörtert zu werden. Unseres Erachtens ist es einer der Hauptwege, um dieser entsetzlichen Volkskrankheit beizukommen. Max Schmidt.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 24. April 1890.

1) Dr. Wiedemann berichtet über einen *Fall von Myomotomie* (nach Fritsch) *wegen Fibromyom des Uterus*, complicirt durch eine rechtsseitige multiloculäre *Ovarialcyste*. Vortr. erörtert eingangs die Vorzüge und Nachtheile der intra- resp. extraperitonealen Behandlung des Stumpfes bei solchen Operationen, die mit Eröffnung der Uterushöhle verbunden sind; die intraperitoneale Methode hat manches Bestechende; die Heilung geht, wenn keine Complicationen eintreten, schneller von statten, als bei der extraperitonealen Behandlung. Dagegen ist die Mortalität bei dem erstgenannten Verfahren eine viel höhere (32% gegen 22% bei extraperitonealer Stumpfbehandlung); der Unterschied im Mortalitätsprocent wird noch augenfälliger, wenn man die bei den verschiedenen Methoden erhaltenen Resultate eines und desselben Operateurs mit einander vergleicht, da hierbei die übrigen Bedingungen (Antiseptik etc.) die gleichen sind; so hat Fritsch 60 Laparomyomotomien gemacht, davon intraperitoneal behandelt 27 (es starben 11 = 41%), extraperitoneal behandelt 33 (starben 5 = 15%!); diese Zahlen veranlassten Vortr. im vorliegenden Falle nach Fritch's Methode zu verfahren und gedenkt er bei derselben zu bleiben, so lange es nicht durch Zahlen bewiesen wird, dass die intraperitoneale Stumpfbehandlung eine bessere Prognose giebt. Vortr. giebt hierauf eine Schilderung des Verfahrens, welches eine Combination der intra- mit der extraperitonealen Methode darstellt: Eröffnung der Bauchhöhle, Vorwälzen des Tumors, Unterbindung und Durchschneidung der Ligg. lata, elastische Ligatur der Cervix uteri, Abtragung des Myoms, *sagittale* Vereinigung der Wundfläche; nach Knüpfung aller Nähte Lösung der elastischen Ligatur; wenn blutende Stellen vorhanden — Umstechung derselben; Heranziehung der Stümpfe der Ligg. lata an den Uterusstumpf; Vereinigung des Peritoneums mit dem Stumpfe in der Bauchwunde (im oberen und unteren Wundwinkel werden einige Nähte durch die ganze Dicke der Bauchwand und durch den neugebildeten Uteruswinkel geführt, um dem Stumpf mehr Halt zu geben). Verband. Die Vortheile der Methode bestehen hauptsächlich in Folgendem: 1) Da sämmtliche Suturen extraperitoneal liegen, ist die Gefahr einer septischen Infection geringer. 2) Falls Nachblutungen ein-

treten, kann man derselben leichter Herr werden. 3) Die sich bildende Narbe ist sehr fest und die Wahrscheinlichkeit einer nachträglich entstehenden Bauchhernie gering. Schwierig ist nur die Entfernung der Nähte, weil dieselben meist tief einschneiden. Der vom Vortr. nach obiger Methode operirte Fall war in Kürze folgender:

Pat. 44 J. a., verh., hat 2 Mal geboren, zuletzt vor 17 Jahren. Im Mai 1887 bemerkte sie zuerst einen wallnussgrossen Tumor im Abdomen; im Februar 1888 wurde von Dr. Stoll folgender Status aufgenommen: Klagen über Schwere im Leibe, häufigen Harndrang und Druck auf den Mastdarm; Pat. ist hager, der Leib von unregelmässiger Form, links vorgewölbt; bis 2 Fingerbreiten über den Nabel ist links ein harter, gleichmässiger, glatter Tumor zu fühlen, der einem etwa 4 Monate graviden Uterus entspricht; der Tumor ist allseitig beweglich, lässt sich aber nach rechts nicht über die Linea alba bringen. Bei der combinirten Untersuchung findet man ausserdem noch einen hühnereigrossen Tumor von unebener Oberfläche rechts im Becken, der mit dem ersten Tumor fest verbunden ist; beide Tumoren sind gegeneinander etwas beweglich; die Uterussonde dringt nach links, dem grossen Tumor entsprechend, 11 Ctm. weit ein. Diagnose: Multiples Fibromyom des Uterus. Da das Allgemeinbefinden verhältnissmässig gut ist und keine Blutungen vorhanden sind, wird für's Erste von einem Eingriff abgesehen. Status im November 1888: Allgemeinbefinden gut, Menses reichlicher, der dem Uterus entsprechende linke Tumor nicht bedeutend gewachsen, dagegen hat der rechte Tumor an Grösse sehr erheblich zugenommen, überragt die Symphyse um 14 Ctm. Als Pat. im December 1889 wegen zunehmender Verdauungs- und Athembeschwerden sich an Vortr. wandte, hatte sich der Zustand wesentlich verändert: die Menses waren seit dem Sommer, im Gegensatze zu früher, sehr reichlich und prolongirt, die Kranke sah elend aus. Ausser den schon früher constatirten Tumoren, die noch bedeutend an Umfang zugenommen hatten, liess sich noch eine undulirende Geschwulst nachweisen, die vorn gleichsam auf dem Uterusmyom aufsass und bis 4 Ctm. über den Nabel reichte. Grösster Umfang des Leibes 86 Ctm. Uterushöhle 15 Ctm. lang; die Scheide war lang ausgezogen, die Cervix hoch in der Gegend der Symphyse. In Anbetracht der zunehmenden Beschwerden, der Schwäche der Pat., der recht bedeutenden Menorrhagien, des rapiden Wachsthums des Fibromyoms, wobei Malignität der Neubildung nicht ausgeschlossen war, endlich der Combination mit Ovarialcystom, schien ein Aufschub der Operation nicht mehr rathsam und wurde dieselbe in der oben dargelegten Weise am 3. Jan. 1890 ausgeführt. In Betreff des Ganges der Operation wäre noch zu erwähnen, dass die Ovarialcyste (ein multiloculäres Cystom) mit dem Fibrom vorn fest verwachsen und äusserst dünnwandig war, so dass sie beim Versuche, die Adhäsionen zu lösen, einriss und der Inhalt in die Bauchhöhle kam.

Pat. ist genesen und hat sich in einem Nebenraume des Sitzungslocales zur Untersuchung eingefunden. Zum Schlusse demonstrirt Vortr. den Uterus mit den zwei seitlichen, über faustgrossen Tumoren.

Dr. v. Grünewaldt schliesst sich der Anschauung des Vorredners, betreffend die Vorzüge der extraperitonealen Stumpfbehandlung bei eröffneter Uterushöhle an; indess sind die Acten über diese Frage noch nicht geschlossen; während Hegar, Breisky u. A. dieser Methode das Wort reden, üben die Schüler Schröder's (Hofmeyer u. A.) die intraperitoneale Methode. Bei Operationen, die das Cavum uteri nicht eröffnen, kann man den Stumpf getrost intraperitoneal behandeln. Ein Vorzug der Methode von Fritsch ist die sehr feste Narbe, die nicht leicht eine Hernie zu Stande kommen lässt.

Dr. Moritz theilt mit, dass kürzlich noch Lawson Tait in der Londoner medic. Gesellsch. (Brit. med. Journ.) sich sehr entschieden für das extraperitoneale Verfahren ausgesprochen hat.

2) Dr. Anders berichtet über folgenden *Fall von septicopyämischer Erkrankung* aus seiner Praxis, der in Aetiologie und Verlauf mehrfach bemerkenswerthe Momente bietet:

Er betrifft einen jungen blühenden Mann von 18½ Jahren, Abiturient, der zunächst am 2. April 1890 an einem Furunkel des rechten Vorderarmes erkrankte. Das einzige Moment, welches anamnestisch in dem, wie wir sehen werden, foudroyant verlaufenden Falle zu eruiren war, ist folgender Umstand: Pat. und sein etwas jüngerer Bruder räumten am 28. März das Bett einer alten, mit jauchigen Unterschenkelgeschwüren behafteten Magd aus, da die Leute des Hauses sich weigerten dieses zu thun. Ohne auf diesen Umstand grösseres Gewicht zu legen, verdient derselbe immerhin genannt zu werden. Von Montag den 2. bis Sonnabend den 7. April ging die Entwickelung des Furunkels am rechten Vorderarme vor sich. Am Sonnabend den 7. April wurde A. consultirt und sah den Pat. in dieser Erkrankung zum ersten Mal. Es stellte sich ihm ein etwa 3-kopekenstückgrosser, exulcerirter, nekrotisch bis tief in's Unterhautgewebe hinein zerfallener, in seiner Umgebung weit infiltrirter Furunkel dar, den A. sofort mittelst ausgiebigen Kreuzschnittes spaltete und ausräumte. Sublimat, Jodoform. Allgemeinbefinden relativ gut. Die verhältnissmässig bedeutende Zellgewebsnekrose veranlasste A. dem Falle von vornherein grössere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Beim Befragen nach anamnestischen Momenten liessen sich unbedeutende Schmerzen am Tage vorher, d. h. am Freitag, am linken Arme, besonders dem Oberarme, auch der Schulter constatiren, welche Pat. glaubt sich im Schlafe „abgelegen" zu haben. Die Verbände wurden von A. selbst täglich gewechselt. — Sonntag den 8. April war ausser etwas mehr Klagen über Oberarm und Schulter nichts Nennenswerthes zu verzeichnen. Wohlbefinden. Die Wunde rein. — Montag den 9. April mehr Klagen und wirkliche Schmerzen im linken Oberarme. Um Mittagszeit Temp. 38,6, Abends 38,9. Pat. war Vormittags in der Schule gewesen. Dieser Zustand dauerte an, unter Zunahme der Schmerzen im linken Oberarme, zugleich nicht gut bestimmbaren Schmerzen des linken Ellenbogens und der linken Schulter, bis zum Dienstag um 5 Uhr, wo sich mehrere rasch folgende Schüttelfröste einstellten und die Temperatur auf 40,7—41,1 stieg. Druckempfindlichkeit an Schulter, Oberarm und Ellenbogen vorhanden, am meisten am oberen Drittel des Oberarmes; sichere Schmerzpuncte nicht localisirbar. Pat. begann zu deliriren, antwortete aber wohl verständig auf Anrede. — Konnten bisher nicht Angriffspuncte für ein operatives Vorgehen gegen die vorausgesetzte Knochenaffection gewonnen werden, so wurde das Bild am Mittwoch Morgen den 11. April etwas klarer. Die linke Schulter imponirte als etwas geschwellt gegenüber der rechten, und waren die natürlichen Gruben etwas verstrichen. Dieses bezog sich besonders auf die Gegend der Fossa supraspinata, die sehr bedeutende Druckempfindlichkeit zeigte; dagegen hatten Schmerz und Druckempfindlichkeit am Oberarm und Ellenbogen nachgelassen. Noch deutlicher waren Schwellung und Schmerz am Abend. Die Druckempfindlichkeit bezog sich am meisten auf die Fossa supraspinata und das äussere Drittel der Spina scapulae. A. hatte an diesem Abend eine Besprechung mit Prof. Tiling. Die Temperatur hatte sich seit den gestrigen Schüttelfrösten constant auf 41°, ohne Wiederholung derselben, gehalten. Die Schüttelfröste wiederholten sich überhaupt nicht. Pat. delirirte, antwortete aber auf Fragen verständig. In der Nacht von Mittwoch auf Donnerstag hatten sich Durchfälle eingestellt und liess Pat. unter sich. — Am Donnerstag Morgen war die Druckempfindlichkeit und Schwellung der genannten Gegenden deutlich entwickelt, und bezog sich die Schwellung mehr oder weniger auf die ganze Scapula, während die Empfindlichkeit am Oberarm und Ellenbogen sich nur als ganz gering erwies.

Unter solchen Verhältnissen schritt A. am Donnerstag Morgen sofort zur Trepanation der Spina scapulae. Schnitt über den äusseren ⅓ der Spin. scapul. Beim Abheben des Periostes von der Fossa supraspinata entleeren sich etwa 1—2 Drachmen grünlich schmutzigen Eiters. Aufmeisselung der Spina scapulae. An mehreren Puncten eitrige Markinfiltration, in Stecknadelkopfgrösse. A. meisselt einen Theil der Spina scapulae weg; eine Durchbruchsstelle des Eiters nach der Fossa supraspinata lässt sich nicht constatiren. Drain unter dem Akromion durch, Tamponade mittelst Jodoformmarly.

Die nächsten Stunden nach der Operation waren die relativ günstigsten während des ganzen Verlaufes. Pat. war bei Bewusstsein; die Durchfälle hatten aufgehört. Achselhöhlentemperatur 39,1. Dagegen waren die Temperaturen bereits 3 Stunden später, per rectum stündlich gemessen: 40,6—41,0—40,8—40,9—40,4. Am Abend dieses Donnerstages war am übrigen Skelette nichts weiter nachweisbar. — Am Freitag den 13. Morgens war die Temp. 40,6—40,8—41,0. Es hatten sich weitere Symptome eingestellt: Schwellung und Schmerzhaftigkeit an der rechten Hüfte, einer Gegend oberhalb des Gelenkes entsprechend, vielleicht sich auf das Os ilei beziehend. Um 1 Uhr wollte A. gegen diese neue Affection operativ vorgehen. Berathung mit Dr. Moritz und Prof. Tiling. Als um 1 Uhr A. zur Operation schreiten wollte, bot der in Gemeinschaft mit Prof. Tiling, Dr. Sesemann und Dr. Huhn aufgenommene Befund bereits in wenigen Stunden eingetretene neue Affectionen: an der rechten Gesichtshälfte (Oberkiefer resp. Os zygomat.) Schmerzhaftigkeit und Schwellung. Zugleich Schmerzhaftigkeit der linken Hüfte. Unter solchen Verhältnissen schien ein weiterer Eingriff an der rechten Hüfte nicht angezeigt. A. schob denselben auf mit der Absicht, gegen die neubefallenen Stellen vorzugehen für den Fall, dass es bei den genannten Affectionen bleiben sollte. Allerdings durfte darauf kaum mehr gehofft werden. Die vorerwähnten Symptome hatten am Abend an Intensität nicht gewonnen, mit Ausnahme der Schwellung an der rechten Hüfte. — Am Sonnabend den 14. April trat Schwellung und Schmerzhaftigkeit des Proc. alveolar. links hinzu. Die Kräfte sanken. Pat. delirirte fortwährend. Gegen Abend: Auftreten von cerebralen Symptomen. Pat. hatte während der ganzen Krankheit überhaupt nicht geschlafen und überhaupt nichts genossen. In der Nacht von Sonnabend auf Sonntag erfolgte der Exitus letalis. Nachträglich sei erwähnt, dass am Mittwoch den 11. April sich Eiweiss im Harne fand, ein Symptom, das bereits am anderen Tage schwand und nicht wiederkehrte, ferner: dass der Furunkel selbst sogleich nach seiner Behandlung ein gutes Ansehen gewann, seine Infiltration in der Umgebung verlor und sich zur Heilung anschickte.

Die innere Therapie, die kaum einer Erwähnung verdient, bestand zu Anfang in grossen Gaben Salicylsäure, subcutanen Chinininjectionen, später in Moschus, Champagner und Cognac. Eine



Section hat nicht stattgefunden. Ein Schnitt durch die rechte Hüftgegend zeigte diffuse eitrige Infiltration aller Gewebstheile. Der grünlich schmutzige Eiter durchsetzte das Gewebe, zum Theil von der Tiefe her confluirend, zum Theil in von einander getrennten circumscripten Herden.

Es bleibe nicht unerwähnt, dass der in der Anamnese erwähnte jüngere Bruder des Pat. gleichfalls und zu gleicher Zeit, aber etwas später an einem Furunkel von ähnlicher Beschaffenheit am rechten Oberschenkel befiel. Der letztere, schon bei seinem Entstehen gespalten, verlief symptomlos.

Dr. Schmitz glaubt den soeben mitgetheilten Fall als *acute Osteomyelitis und Periostitis* ansprechen zu dürfen; die Affection der Scapula stellte eine Osteoperiostitis dar, doch giebt es auch reine Periostitiden, die unter dem Bilde einer acuten Osteomyelitis verlaufen. Der Furunkel mag sehr wohl die Eintrittspforte für das Virus abgegeben haben, wie das in manchen Fällen unzweifelhaft vorkommt; der Anschauung Bobrow's (s. Tageblatt des III. Congresses russischer Aerzte 1889 und Chirurgitscheskij westnik 1889), wonach die Infection bei der acuten Osteomyelitis stets von einer Läsion der Hautdecken aus (Furunkel etc.) stattfinde, möchte Schm. sich jedoch nicht unbedingt anschliessen.

Dr. Serck erinnert sich einiger Fälle, die klinisch als acute (foudroyante) Osteomyelitis verliefen und in denen die Section hauptsächlich periostale Eiterherde nachwies. Der rapide Verlauf der Krankheit lässt es hier wahrscheinlich nicht zur Ausbildung grösserer Herde im Knochenmark kommen.

Dr. Moritz meint, dass Fälle, wie der mitgetheilte, wohl als acute Osteomyelitis resp. Periostitis bezeichnet werden können, jedoch unterscheiden sich dieselben von der sogen. idiopathischen acuten Osteomyelitis dadurch, dass eine sichtbare Eintrittspforte für die Infectionsträger vorhanden ist und dass der Process sich nicht in den Röhrenknochen localisirt.

Prof. Tiling fasst den beschriebenen Fall gleichfalls als Osteomyelitis auf (in der Spongiosa der Scapula wurden Eiterpfröpfe gefunden!); einen ähnlichen Verlauf mit rasch aufeinander folgenden Localisationen hat er bei einem Knaben gesehen, bei dem er einen osteomyelitischen Herd der Tibia operirte, und schon am nächsten Tage neue Knochenherde sich entwickelten. Aeussere Wunden etc. spielen in der Aetiologie der Osteomyelitis offenbar eine grosse Rolle, wahrscheinlich hat auch hier der Furunkel das Eindringen der Staphylokokken in den Organismus verschuldet. Ohne Zweifel sind auch Traumen der Knochen von grosser Bedeutung für die Entwickelung einer acuten Osteomyelitis; T. hat noch eben einen Kranken in Behandlung, der im Winter auf das rechte Knie gefallen, und jetzt an einer Osteomyelitis des rechten Femur erkrankt ist. Auch auf den Darmtractus als Eintrittspforte des Virus ist hingewiesen worden.

Dr. Neumann sieht in dem vorliegenden Falle gleichfalls eine acute Osteomyelitis des platten Knochens und hält die weiteren Erscheinungen für Metastasen und Septicopyämie, wie sie bei Osteomyelitis auftreten. Wie weit der Furunkel für das Zustandekommen der Infection verantwortlich zu machen ist, lässt sich nicht entscheiden, wenn auch ein Zusammenhang hier wahrscheinlich erscheinen mag. Sicher constatirt ist bisher die Bedeutung der Traumen als ätiologisches Moment bei der Osteomyelitis jugendlicher Individuen; ein vielleicht nur unbedeutendes Trauma kann aber im gegebenen Falle, bei einem Schüler, nicht ausgeschlossen werden. In 14 Fällen, welche N. in den letzten 4 Jahren im Marienhospital beobachtet hat, konnte kein anderes ätiologisches Moment ausser einem Trauma gefunden werden. Einer dieser Fälle sei als Beispiel des foudroyanten Verlaufes und der schnellen Entwickelung der Metastasen, zugleich aber auch wegen der seltenen Localisation in der Epiphyse, hier mitgetheilt:

Commis Fr. R., 18-jähriger, kräftiger, gesunder Jüngling, bis dahin nie krank gewesen, erkrankte am 21. Dec. 89 mit heftigen Schmerzen im medialen linken Condylus femoris, ohne für diese Erkrankung irgend einen Grund angeben zu können; den Schmerzen schlossen sich Schüttelfrost, schlimmes Allgemeinbefinden, Schlaflosigkeit an. Am 23. Dec. Morgens Status typhosus, heftiger Schmerz beim Berühren des kranken Condylus; Temperatur hoch, um 40° C. Am 24. Dec. Anschwellung bis zur Grenze des unteren und mittleren Drittels des Oberschenkels. Erst am 26. Dec. Morgens kann operirt werden, da bis dahin die Zustimmung der Verwandten nicht zu erlangen war. Die Untersuchung des linken Femur vor der Operation ergiebt medial einen Abscess an seinem unteren Ende, ödematöse Schwellung der Haut; heftiger Schmerz bei Druck auf diese Gegend; Druck auf die Diaphyse höher hinauf nicht so schmerzhaft. Leider hat dieses wichtige Symptom (über welches in nächster Zeit eine Arbeit von Dr. Popow aus dem Marienhospitale erscheinen wird) bei der Operation nicht direct geleitet; es wäre auch zu spät gewesen, wie sich später erwies. Das Kniegelenk scheinbar frei, jedenfalls kein Erguss nachweisbar. Beim Schnitt auf den Abscess entleeren sich ca. 6 Unzen eines dünnflüssigen Eiters. Der Knochen wird entblösst bis zum halben Oberschenkel hinauf, ebenso nach hinten; Abtragung der Corticalis ca. 5 Ctm. weit; nirgends ein eitriger Herd, nur eine Verfärbung des Markes; letzteres wird weit nach unten in die Spongiosa hinein ausgelöffelt; darauf Tamponade der Wundhöhle, Occlusionsverband. Nach der Operation keine wesentliche Besserung, das Fieber fällt etwas, jedoch verschlimmert sich der Zustand schon gegen Abend. Am Morgen des 27. Dec. heftiger Schmerz in der Nackengegend und Unbeweglichkeit des Nackens, ebenso Empfindlichkeit des rechten Oberschenkels (die linke Extremität im Verbande schmerzlos). — Bis zum 30. Dec. der Zustand unverändert, die Schmerzen im Nacken nehmen zu, der Hals unbeweglich. Furunkeln und Abscess des linken Vorderarmes. 31. Dec. Verbandwechsel; reine Wunde; Abscess am rechten Vorderarm; Fluctuation hinter und unter dem Proc. mastoid. rechts. 3. Jan. 90. Ein Abscess über der linken Scapula von Handtellergrösse, herum ein Hof von Furunkeln. Allgemeinzustand derselbe. Bewusstlosigkeit. Tod am 4. Januar.

Aus dem Sectionsprotokoll des Obducenten, Dr. Kuskow, sei Folgendes hervorgehoben:

Im Herzbeutel 10 Grm. einer leicht trüben Flüssigkeit. Das Epicardium hyperämisch, mit punctförmigen Extravasaten. In der Muskulatur des Septum ventriculor. zwei Abscesse von Haselnussgrösse. Die Klappen normal. Die rechte Lunge theilweise verwachsen; Lungengewebe brüchig. Die Pleura stellenweise hämorrhagisch. Im Lungengewebe zahlreiche bis haselnussgrosse Eiterherde dicht unter der Pleura. Auf der Cartil. thyreoid. ein Abscess von der Grösse eines Mandelkernes; ein anderer haselnussgrosser im Sinus Morgagni rechts. Die Milz von morscher, hyperämischer, blassrother Pulpa. Die Leber von trübem, weichem Parenchym. Unter der Pleura costalis linkerseits einige Abscesse in der Muskulatur; einer derselben liegt dem entblössten Knochen auf. Die Rindensubstanz der linken Niere gelockert, getrübt. In ihr einige Abscesse. In der rechten Niere dieselben Veränderungen. Die Magenschleimhaut dunkelroth, mit unbedeutenden Extravasaten. Die solit. Drüsen des Ileums vergrössert. In der Prostata ein Abscess. An der Schädelbasis und an der vorderen Fläche der oberen Halswirbel eine eitrige Infiltration des Periostes und der Muskeln. In den Höhlen des Basilarknochens Eiter. — Im linken Kniegelenke Eiter. Die Kapsel und die umgebenden Weichtheile eitrig infiltrirt. An der Stelle des Epiphysenknorpels des unteren Femurendes eitrige Infiltration. Die Spongiosa zu beiden Seiten des Epiphysenknorpels eitrig infiltrirt, nach oben bis an die Resectionsstelle. Metastatische Abscesse auf dem rechten Vorderarme und auf dem Rücken. Pathologisch-anatomische Diagnose: Osteomyelitis femor. sin. epiphysar. Pyaemia.

Dr. Assmuth hält es nicht für gerechtfertigt, Fälle, wie den von Dr. Anders mitgetheilten, als Osteomyelitis zu bezeichnen, da eine eigentliche Affection des Knochenmarkes (der langen Röhrenknochen) nicht vorliegt; die Aehnlichkeit mit der als (infectiöse) acute Osteomyelitis bezeichneten Krankheit ist hier nur eine scheinbare, im gesammten Krankheitsbilde liegende. Einen dem hier besprochenen ganz analogen Fall hat Dr. Assmuth an einer 60-jährigen Frau beobachtet: Pat. hatte als Dienstmagd beim Scheuern der Diele einen Splitter unter einen Fingernagel bekommen und unmittelbar darauf eine Leiche gewaschen, wobei der verletzte Finger mit der aus Mund und Nase der Leiche hervordringenden Flüssigkeit in Berührung gekommen war; in den nächsten Tagen entwickelte sich eine schmerzhafte Anschwellung des rechten Radius, dann des linken Humerus, der Hüfte, der Scapula; unter hohem unregelmässigem Fieber erfolgte der Tod am 6. Tage der Krankheit. A. glaubt solche Fälle, bei denen die Eintrittspforte der Infection offenbar ist und wo die Localisation des Krankheitsgiftes an den verschiedensten Stellen erfolgt, von der eigentlichen acuten Osteomyelitis trennen zu sollen, bei der die Eintrittspforte fast immer unbekannt bleibt und wo ganz bestimmte Localisationen (in den Röhrenknochen) die Regel bilden.

Dr. v. Grünewaldt hält es für richtiger, solche Fälle ganz allgemein als schwere Infection mit vorwiegender Localisation in den Knochen zu bezeichnen.

Dr. de la Croix ist der Ansicht, dass eine strenge Sonderung der in Rede stehenden Krankheitsformen nicht durchführbar sei, da die Erzeuger der acuten Osteomyelitis nicht specifische Mikroorganismen, sondern die allgemein als pyogen bekannten Staphylokokken sind; localisiren sich diese ausschliesslich oder vorwiegend in den langen Röhrenknochen, so haben wir eine echte Osteomyelitis vor uns; bei anderweitiger Localisation, die ja überall im Körper stattfinden kann, wird das Krankheitsbild weniger typisch, es entwickelt sich eine Pyämie. Den Infectionsmodus anlangend, kommen ausser den Hautdecken der Darmtractus und die Lungen als Eintrittspforten in Betracht; besonders die letzteren sind gewiss hierbei zu wenig berücksichtigt worden; denn erstens ist die Luft Hauptträgerin von pathogenen Keimen und zweitens befindet sie sich in den Lungen beim Exspirium unter erhöhtem Drucke, ein Umstand, der das Eindringen von Keimen bei etwaigen Epithelverlusten in den Alveolen begünstigen muss. Billroth konnte, wenn er bei Leichen den intacten Herzbeutel eröffnete und die darin enthaltene Flüssigkeit auf Mikroorganismen untersuchte, solche regelmässig nachweisen. Dr. de la Croix hat dieses Experiment häufig gemacht, fast stets mit positivem Resultat; die im Herzbeutel gefundenen Mikroorganis-

men sind offenbar von den Lungen aus mit dem Lymphstrome dorthin gelangt und noch nicht im Organismus zerstört worden.

Dr. Anders hält es für bewiesen, dass in seinem Falle eine Osteomyelitis bestand, da eine, wenn auch nicht hochgradige eitrige Infiltration im Marke der Spina scapulae nach Aufmeisselung derselben gefunden wurde. Zu discutiren aber sei die Frage, ob es sich um einen primär osteomyelitischen Herd der Scapula gehandelt habe, der eine Osteomyelitis acuta multiplex im Gefolge hatte, oder ob die Markaffection des Schulterblattes als die erste Ansiedelung des im Körper circulirenden septischen Giftes aufzufassen sei, für welche letztere Anschauung sich A. ausspricht. In diesem Sinne aber könne aus mehreren Gesichtspuncten nicht von einer typischen primären Osteomyelitis gesprochen werden. Es sei gegen eine Auffassung nichts einzuwenden, nach welcher die primäre Herderkrankung nicht im Knochen, sondern in den Weichtheilen, in diesem Falle im Furunkel des rechten Vorderarmes, bestanden hätte. Dann aber wäre die Affection der Scapula als erste der secundären Erscheinungen zu nehmen, der Furunkel aber mit seinem jauchig nekrotischen Inhalte nicht als Eingangspforte, sondern als Quelle des durch den Kreislauf sich im Körper vertheilenden Giftes mit der raschen Aufeinanderfolge der mitgetheilten Erscheinungen anzusehen. A. kann die verlautete Anschauung in keiner Weise theilen, nach welcher der Fall als eine typische Osteomyelitis acuta mit dem jetzt so bekannten Bilde der Erscheinungen aufzufassen wäre. Es liegt ja in diesem Falle kein Sectionsbefund vor. Unzweifelhaft hätte man aber in den inneren Organen, besonders den parenchymatösen, septische Degenerationen gefunden, die mit den ersten Knochenaffectionen der Zeit nach zusammenfielen. Wir sind indessen in der Lage, uns an den Befund der rechten Hüfte, welche an der Leiche geöffnet wurde, in patholog.-anatom. Beziehung zu halten. In einem typischen Falle von Osteomyelitis acuta durchbricht der Eiter des Markes, wenn er nicht durch Aufmeisselung des Markes entleert wird, die Corticalis und bildet zwischen Periost und Knochen einen Abscess. Hier aber handelte es sich um eine diffuse, grünlich schmutzige, eitrige Infiltration aller Weichtheile der ganzen rechten Hüftgegend, ja um circumscripte eitrige Herde in den Muskeln, die keinen directen Contact mit einander hatten. Die Frage wäre berechtigt, wie lange wir es im vorliegenden Falle mit einer localen Affection zu thun hatten, und wann eine Allgemeininfection begann: Nur in den ersten Tagen trägt Pat. den Furunkel reactionslos; am Sonnabend wird der Furunkel gespalten, am Freitag hat aber Pat. schon unbestimmte Schmerzen im Oberarme und Ellenbogen gehabt, am Sonntag und Montag in der Schulter, am Dienstag deutlich am Schulterblatte, am Mittwoch am deutlichsten an der Fossa supraspinata und Spina scapulae; in der Nacht von Mittwoch auf Donnerstag stellt sich Durchfall ein; am Donnerstag wird der Knochen trepanirt, am Freitag aber schon treten Affectionen an der rechten Hüfte und linken Gesichtshälfte, dann an der linken Hüfte auf. Was sich an den inneren Organen in dieser Zeit abspielte, entzieht sich zum grossen Theil unserer Beobachtung; am Sonnabend treten cerebrale Erscheinungen auf und erfolgt in der Nacht der Exitus letalis. — Wir werden somit constatiren müssen, dass es kaum eine Periode in dem rapid verlaufenden Falle gegeben hat, in welcher wir es mit einem streng bestimmbaren, zur Zeit allein bestehenden Herde im Knochenmarke mit dem für denselben charakteristischen Bilde der Allgemeinerscheinungen zu thun hatten.

Leibmedicus Dr. Hirsch führt als Beleg für die hochgradige Infectiosität mancher hierher gehöriger Fälle folgendes Factum an: In ein Militärlazareth in Krassnoje Sselo wurde (im Sommer 1866) ein Soldat mit einer durch Hufschlag verursachten Wunde des Schienbeins aufgenommen; in demselben Raume lagen zwei Reconvalescenten (dem einen war ein Finger exarticulirt worden, der andere hatte eine schon benarbte Kopfwunde); als der Verletzte am nächsten Tage einen Schüttelfrost bekam, der eine tödtliche Osteomyelitis tibiae einleitete, wurden die beiden Reconvalescenten sofort evacuirt; dennoch wurden beide inficirt und gingen in 2 resp. 3 Wochen an Pyämie zu Grunde.

3) Prof. Poehl (Gast) spricht *über das Spermin* (der Vortrag ist in № 31 dieser Wochenschrift erschienen) und demonstrirt das salzsaure Spermin in Substanz und in Lösung (in zugeschmolzenen Ampullen). Secretär: Dr. E. Blessig.

Vom zweiten livländischen Aerztetage.

Wenden den 30. August.

Die Tage anregender wissenschaftlicher Arbeit und fröhlichen collegialen Verkehres, welche soeben eine grosse Zahl livländischer und auswärtiger Aerzte in dem freundlichen Wenden vereinigten, sind vorüber und werden gewiss einem Jeden, der sie mitgemacht, lange in der angenehmsten Erinnerung bleiben. War schon gerade diese Stadt wegen ihrer reizvollen Umgebung und ihrer centralen Lage im Herzen des Landes für eine Wanderversammlung besonders geeignet, so trug noch mehr die umsichtige Thätigkeit der mit den Vorbereitungen betrauten Wenden'schen Collegen, mit dem hochverehrten Stadtarzt Herrn Dr. Gaehtgens an der Spitze, und das bereitwillige Entgegenkommen der Einwohnerschaft Alles dazu bei, um den Theilnehmern am Aerztetage den Aufenthalt in Wenden zu einem angenehmen und behaglichen zu machen. Die Versammlung bestand aus weit über hundert Herren; unter diesen waren die Landärzte Livlands und der Schwesterprovinzen besonders zahlreich vertreten, desgleichen die Aerzte Riga's; die Dorpater medicinische Facultät erfreute die Gesellschaft livländischer Aerzte gleichfalls durch rege Betheiligung; auch waren mehrere Collegen aus entfernten Provinzen erschienen. Die Räume des lettischen Vereinshauses boten ein schönes Local für die Sitzungen, in welchen unter der bewährten Leitung des Herrn Dr. Truhart-Fellin die zahlreichen, unseren Lesern in der in № 32 bereits veröffentlichten Tagesordnung angezeigten Vorträge und die oft lebhaften Discussionen einen gedeihlichen Fortgang nehmen konnten. Es fanden täglich je zwei Sitzungen statt, so dass die ganze Tagesordnung, welche nur einige geringfügige Abänderungen erfahren hatte, erledigt wurde, freilich mit Verzicht auf den anfangs geplanten gemeinsamen Ausflug, der wegen Zeitmangels und unbeständiger Witterung aufgegeben werden musste. Mit warmen Worten gedachte der Vorsitzende vor Eintritt in die Tagesordnung des um die Gesellschaft livländischer Aerzte, wie um das ganze Land hochverdienten weil. Prof. Eduard v. Wahl, und gewiss war es im Sinne des Verstorbenen, dass gleich die erste Sitzung einer eingehenden Besprechung der Leprafrage gewidmet wurde. Als ein weiterer hervorragender Punct der Tagesordnung fand auch die Hebammenfrage eine gründliche und lebhafte Erörterung. Die Redaction der Protokolle lag auch dieses Mal in der erfahrenen Hand des Herrn Dr. Mercklin-Rothenberg, der hierin von Herrn Dr. Heerwagen-Riga unterstützt wurde. Als Ort der nächstjährigen Versammlung wurde mit grosser Mehrheit die Stadt Walk bestimmt, der Termin aber vorläufig nicht genau festgesetzt. Es sei noch erwähnt, dass die Ausstellung medicinischer Apparate und Instrumente zur Zufriedenheit aller Besucher ausfiel. Zur Mittagszeit und in den Abendstunden nach der Sitzung vereinigten die Räume der Wendenschen Musse die zahlreichen Collegen in ungezwungenem heiterem Beisammensein. Wir wünschen allen folgenden Aerztetagen der Gesellschaft livländischer Aerzte einen ebenso schönen Verlauf wie ihn der diesjährige in Wenden hatte! B.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Hervieux berichtete in der Academie de Méd. über die Resultate der Versuche, die er als Director des Impfwesens der Academie unternommen hat, um den Werth der *Ziegenlymphe* zu prüfen. Seine Schlussfolgerung ist, dass die Thiere der Ziegenspecies ebensogut der Vaccinecultur wie die Rindspecies dienen können. Aber die Ziegenvaccine ist schwerer zu erlangen, weil Ziegen selten sind und wenig Vaccine produciren. Es besteht aber der Vortheil, dass die Tuberculose bis dato nicht bei Ziegen beobachtet worden ist. (Sem. méd. № 22.)

— Edmund Neusser empfiehlt das *tellursaure Kalium* als Mittel gegen die Nachtschweisse der Phthisiker. Er verabreicht das Salz in Pillenform und zwar à 0,02 pro die. Bei einer geringen Anzahl von Kranken musste er aber späterhin die Dosis erhöhen bis auf das Doppelte. Als einzige unangenehme Nebenwirkung der Medication erwähnt Neusser den intensiven Knoblauchgeruch des Athems. (Wien. kl. W. № 23).

— Nach W. Gemmel ist das *Wabaïn (Ouabaïne)* in allen Stadien des Keuchhustens von ausgesprochen wohlthätiger Wirkung und werden bei sorgfältiger Anwendung des Mittels höchst befriedigende Resultate erzielt. Einzelgaben $^1/_{15}$ Mgrm. 3stündlich, Tagesgaben $^1/_3$ Mgrm. nicht überschreitend.

— P. Ehrlich und A. Lepmann: *Ueber schmerzstillende Wirkung des Methylenblau.* (Münch. med. Wochenschr. № 23.) Bekanntlich besitzt das Methylenblau eine auffallende Affinität zur Nervensubstanz; Verff. nehmen an, dass die dabei eintretende Veränderung chemischer Zustände der schmerzstillenden Wirkung dieser Anilinverbindung zu Grunde liege. Das Mittel soll sich bei allen neuritischen Processen und bei rheumatischen Affectionen der Muskeln, Gelenke und Sehnenscheiden bewährt haben. Die Wirkung tritt in der Regel einige (gewöhnlich 2) Stunden nach Einverleibung des Präparates ein (0,01—0,08 pro dosi in 2% Lösung, resp. 0,1—0,5 in Gelatinekapseln; höchste Tagesgabe 1,0).

— Aus Versuchen, welche G. de la Tourette und H. Chatelineau über den „Stoffwechsel während der Hypnose" in der Charcot'schen Klinik angestellt haben, geht hervor, dass der *Hypnotismus unzweifelhaft ein provocirter pathologischer Zustand* sei und dass der Hypnotismus und die Hysterie auch mit Rücksicht auf den Stoffwechsel zahlreiche Berührungspuncte zeigen, welche auf ihre enge Verwandtschaft hindeuten. (Wiener med. Bl. № 21.)

Vermicshtes.

— *Ordensverleihungen: Den St. Wladimir-Orden III. Classe* — dem Gouvernements-Medicinalinspector von Livland, wirklichem

XV. JAHRGANG. **St. Petersburger** Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,

St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 37 St. Petersburg, 15. (27.) September **1890**

Ein Fall von hochgradiger relativer motorischer Insufficienz des Magens und Atrophie der Magenschleimhaut. Gastroenterostomie [1]).

(Aus dem Deutschen Alexanderhospital für Männer in St. Petersb.).

Ein Beitrag zur operativen Therapie der Magenkrankheiten

von

Dr. H. Westphalen.

Dem modernen diagnostischen Verfahren auf dem Gebiete der Pathologie der Verdauungsorgane ist es zu danken, dass in den letzten Jahren mehr Licht in das verworrene Bild der Magenkrankheiten gebracht und uns das Verständniss an Krankheitsvorgängen näher gerückt ist, deren Erkennung früher für kaum möglich gehalten wurde.

Zu den nicht am wenigsten interessanten Capiteln der Magenpathologie dürfte der sog. atrophische Catarrh des Magens gehören. Die Mittheilungen über diesen Krankheitszustand sind jedoch noch so wenig zahlreich, dass die Publication aller einschlägigen Fälle einer Berechtigung nicht entbehren dürfte.

Im vorliegenden Falle handelte es sich ausserdem nicht allein um einen atrophischen Catarrh des Magens, sondern um eine Complication eines solchen mit einer hochgradigen relativen motorischen Insufficienz desselben, welche schliesslich ein energisches operatives Handeln — eine Gastroenterostomie erforderlich machte. Diese Operation ist meines Wissens bisher nur wegen organischer Stenose des Pylorus geübt worden. in unserem Falle wurde dieselbe wegen der motorischen Insufficienz des Magens bei Abwesenheit eines organischen Hindernisses am Magenausgange vorgenommen. Trotz des Umstandes. dass Pat. den operativen Eingriff nicht überstand und dadurch die objective Beurtheilung unseres Vorgehens in hohem Grade erschwert wurde, glaubte ich doch nicht mit der Veröffentlichung folgender Zeilen zögern zu dürfen. Vielleicht könnte auch aus einer theoretischen Prüfung der Sachlage bei unserem Kranken ein Nutzen für das therapeutische Handeln in ähnlichen Fällen erwachsen.

Der Fall meiner Beobachtung betrifft den 28-jähr. Pat. W. Th., welcher vom 26. Aug. bis zum 25. Oct. 1889 im hiesigen Deutschen Alexanderhospital für Männer behandelt wurde.

Anamnestisch lässt sich Folgendes feststellen: Pat. stammt von einem gesunden Vater ab, ist jedoch mütterlicherseits tuberculös belastet und hat von seiner frühesten Jugend an stets gekränkelt. Namentlich ist er, seinen eigenen Worten zufolge, „immer allerlei catarrhalischen Erkrankungen zugänglich gewesen". Besonders habe er aber in den 3 letzten Jahren viel an seinem Magen laborirt: Cardialgien nach dem Essen, Völlegefühl im Epigastrium, Uebelkeiten, Erbrechen wechselten in bunter Reihenfolge mit einander ab und gaben in diesem Zeitraume zu steter Klage Veranlassung.

Es sei aber noch leidlich gegangen, bis Pat. im verflossenen Sommer hier am Orte eine Karlsbader Brunnencur durchgemacht habe. In directem Anschlusse an dieselbe sei er sichtlich verfallen und haben sich die subjectiven Erscheinungen in hohem Maasse verschlimmert und die Abnahme des Körpergewichtes rapide Fortschritte gemacht.

Bei der Untersuchung des Pat. gleich bei seiner Aufnahme in das Spital und in der ersten Zeit darnach liess sich folgender *Status* notiren:

Schmächtig gebautes, hochgradig abgemagertes Individuum. Skelett gracil, Muskulatur welk und schlaff. Panniculus adiposus stark reducirt, die Haut blass, welk, trocken, abschilfernd, keine Oedeme.

Ueber den *Lungen* in der rechten Fossa supraclavicularis und der Regio supraspinata eine leichte Dämpfung des Percussionsschalles. Fossa supra- und infraclavicularis rechts leicht eingesunken, folgt den Respirationsbewegungen der Lunge in weniger ausgiebiger Weise, als an den entsprechenden Stellen der linken Seite. Auscultatorisch im Bereiche des Dämpfungsbezirkes leicht verschärftes Vesiculärathmen, jedoch trotz aufmerksamer wiederholter Untersuchung keinerlei Rasselgeräusche. Es besteht leichter Husten mit geringer, stets blutfreier Schleimexpectoration, welche wohl hauptsächlich auf eine chronische Laryngitis zu beziehen ist. Im Sputum lassen sich mikroskopisch sog. Staubzellen und lymphoide Zellen, platte Epithelien und Cholestearintafeln erkennen, niemals konnten jedoch elastische Fasern oder Tuberkelbacillen entdeckt werden. An dem Herzen normaler Befund.

Bezüglich der Verdauungsorgane giebt Pat. folgende Beschwerden an: Erbrechen saurer Massen meist nach dem Essen, Blut ist im Erbrochenen niemals beobachtet worden, Appetitlosigkeit, starker Durst, Cardialgien, namentlich nach Speiseaufnahme, welche durch Erbrechen gelindert werden, Völlegefühl im Epigastrium, gleichfalls nach den Mahlzeiten, starke und hartnäckige Obstipation.

Bei der Betrachtung des Pat. fällt zunächst eine mässige Vorwölbung des Epigastrium auf, dasselbe erscheint diffus druckempfindlich, eine circumscripte, bei Druck schmerzhafte Stelle kann nicht entdeckt werden. Kein subjectives Plätschergeräusch, jedoch kann dasselbe objectiv zur Darstellung gebracht werden und reicht bei mittlerem Füllungszustande des Magens ungefähr bis an den Nabel heran. Ein Tumor innerhalb des Abdomens bei sorgfältigster Palpation nicht zu erkennen. Bei wiederholter Einführung des Schlundrohres und Aufblähung des Magens mit Luft

[1]) Nach einem im Verein St. Petersburger Aerzte am 20. März 1890 gehaltenen Vortrage.

dehnt sich der Magen gleichmässig bis 2 Querfinger unterhalb des Nabels aus und lässt darauf mit lautem Ructus die Luft durch die Cardia entweichen. Gleichzeitig bemerkt man nach Entfernung des Schlundrohres eine sichtliche Verkleinerung des durch Luft stark geblähten Magens und ein deutliches Höherrücken der unteren Magengrenze. Ein Uebertritt von Luft in das Duodenum ist trotz aufmerksamer Beobachtung nicht zu erkennen. In Uebereinstimmung mit den Resultaten der Aufblähung des Magens mit Luft stehen auch die Befunde, welche vermittelst der von Dehio[2]) und Taube[3]) geübten Methode der allmäligen Wasseranfüllung des Magens gewonnen wurden. Nach Genuss von ca. 1½ Glas Wasser befand sich die grosse Curvatur 1 Querfinger über dem Nabel, um dann beim weiteren Glase ca. 2 Querfinger unter den Nabel hinabzusinken. Die durch die Ansammlung von Wasser verursachte, sich scharf vom tympanitischen Darmschalle abgrenzende Magendämpfung verschwindet in Horizontallage und kann durch Umlagern des Pat. auf die rechte oder linke Seite, rechts beziehungsweise links hervorgerufen werden. In Rückenlage des Pat. grenzt sich dann der tympanitische Magenschall durch seine verschiedene Schallhöhe von dem gleichfalls tympanitischen Darmschalle ca. 1 Querfinger oberhalb des Nabels ab.

Die Zunge des Pat. leicht belegt.

Im Hinblick auf die motorischen Functionen des Magens ergeben sich folgende Befunde: Im Ausgeheberten finden sich Nahrungsbestandtheile, welche nachweislich vor 24 Stunden genossen wurden. Der Uebertritt der Spaltungsproducte des Salols in den Urin ist selbst nach Ablauf von 4 Stunden nach Einnahme von 1,0 des Pulvers ½ Stunde nach der Hauptmahlzeit nicht zu erkennen. Hingegen gelingt es unschwer bei dem scharf aromatischen Geruche des Ausgeheberten sich von der Anwesenheit des Salols im Mageninhalte am nächstfolgenden Tage, nach mehr als 12 Stunden nach Eingabe des Pulvers zu überzeugen. Ferner wurde auch zwei Mal eine Prüfung der motorischen Fähigkeit des Magens mit der Oelmethode Klemperer's[4]) ausgeführt. Nach vorangehender gründlicher Reinigung des Magens wurden Pat. per Schlundrohr 100 Ccm. reinen Mandelöls in den Magen gebracht und nach 2 Stunden derselbe einer Prüfung unterworfen. Die aus dem Spülwasser aufgefangenen Oelmengen betrugen das erste Mal 90 Ccm., das zweite Mal 85 Ccm.

Die Prüfung der Resorptionsverhältnisse des Magens ergab eine beträchtliche Verspätung des Uebertrittes des Jodkali in den Speichel. Eine Stunde nach Einnahme von 0,1 Jodkali konnten nur Spuren einer Jodkalireaction im Speichel entdeckt werden.

Bei der Untersuchung des Magensaftes bin ich den Angaben von Ewald gefolgt. Die Gewinnung des Mageninhaltes geschah mittelst Expression und zwar 1¼—2½ Stunden nach dem Ewald-schen Probefrühstück. Der Mageninhalt zeigte stets ein mehr oder weniger übereinstimmendes Aussehen. Die Brodtheile waren so gut wie garnicht verändert und sahen aus, als wären sie eben zerkaut, hinabgeschluckt und gequollen. Schleim konnte nur in höchst geringen Mengen entdeckt werden, fehlte häufig vollständig. Bisweilen konnte an dem Mageninhalte, besonders nach forcirter Expression auch eine leicht gallige Färbung wahrgenommen werden, was auf einen Uebertritt von Duodenalinhalt in den Magen bezogen werden musste. Das Filtrat des Mageninhaltes war stets farblos, durchsichtig, oft opalescirend, roch stark nach Gährungssäuren, röthete stets blaues Lackmuspapier. Die Gesammtacidität, nach Ewald mit $^1/_{10}$ Normalnatronlauge bestimmt, schwankte zwischen 8 und 25. Freie Salzsäure konnte mit keiner der üblichen Farbenmethoden nachgewiesen werden, weder durch Congopapier, noch durch Methylviolett, Tropaeolin und Phloroglucin-Vanillin. Milchsäure liess sich stets und oft in sehr grossen Mengen mit Eisenchlorid nachweisen. Albumin und Syntonin waren niemals vorhanden, hingegen stets grössere Mengen von Propepton. Pepton konnte durch die Biuretreaction in spurenhaften Mengen constatirt werden. Durch die Trommer-sche Probe wurde eine Menge kupferreducirender Substanz im Filtrate des Magensaftes nachgewiesen. Jodzusatz veränderte dasselbe in keiner Weise. Verdauungsversuche mit einer Carminfibrinflocke nach Tappeiner zeigten eine recht beträchtliche Herabsetzung des Pepsins, auch in dem mit Salzsäure versetzten Mageninhalte erfolgte die Auflösung der Flocke erst nach 7—10 Stunden. Ebenso liess sich auch eine Verminderung oder ein völliges Fehlen des Labfermentes constatiren, da die Gerinnung der mit neutralisirtem Magensafte versetzten, amphoter reagirenden Milch bei 39° noch nach 50 Minuten nicht erfolgte. Eine Untersuchung auf Labzymogen habe ich nicht angestellt.

Mikroskopisch fanden sich im Magen reichliche Sarcineklumpen, Spross- und Spaltpilze, selten Reste unverdauter Nahrungsbestandtheile vom Tage vorher, sowie schliesslich recht reichliche platte Epithelien und vereinzelte mehrkernige Leukocyten.

Soviel über den Befund im Magen. An den übrigen Unterleibsorganen liess sich ausser der schon erwähnten hochgradigen Obstipation nichts pathologisches constatiren. Die Faeces enthielten einige Krystalle von Tripelphosphaten, vereinzelte Muskelfasern und Amylumkörner, keinerlei pathologische Elemente. Der Urin war sehr spärlich, concentrirt, schwach sauer, eiweiss- und zuckerfrei.

Ueber den weiteren Krankheitsverlauf liesse sich auszugsweise aus dem Krankenjournal mittheilen:

Der Eintritt des Pat. in das Hospital erfolgte am 26. Aug. Sein Körpergewicht betrug an diesem Tage 44,3 Kilo. Am nächsten Tage wurde folgende Behandlung eingeleitet: Morgens und Abends Spülung des Magens mit indifferent temperirtem Wasser und nachfolgender Irrigation mit 0,1% Salicylsäure, später 5% Borsäurelösung, 3 Mal wöchentlich Faradisation der Magengegend, täglich schottische Douche auf das Epigastrium, 2 Mal wöchentlich Massage des Magens, sowie schliesslich Darreichung grösserer Mengen von Salzsäure und Pepsin nach jeder Mahlzeit und täglich eine subcutane Injection von 0,001 Strychnin. nitricum. Die Mahlzeiten wurden häufiger, aber um den Magen nicht zu beschweren, in geringeren Quantitäten genossen und bestanden der Hauptsache nach aus Nestle's Kindermehl, Kemmerich's Fleischpeptonbouillon, geschabtem rohem Fleisch, Schinken, Häring, geröstetem Brod, Bisquits, Schmand, Milch, Amylum und weich gesottenen Eiern.

Am 29. Aug. konnte schon eine erhebliche Besserung der subjectiven Beschwerden des Pat. constatirt werden. Trotzdem war das Körpergewicht um 0,5 Kilo gefallen. Infolge dessen wurden Pat. 2 Mal täglich Nährklystiere aus Milch, Traubenzucker, Eigelb und Amylum (Ewald) ordinirt.

Am 3. Sept. eine weitere Abnahme des Körpergewichts um 1,2 Kilo. Subjectiv keinerlei Beschwerden. Erbrechen, Uebelkeit, Schmerzen, Druckgefühl im Epigastrium haben aufgehört. Im Ausgeheberten weniger Sarcine und Sprosspilze als vorher. Da trotz anscheinender Besserung des Pat. die Tendenz einer rapiden Gewichtsabnahme bestand, so erschien es zweifelhaft, ob die dem Pat. zugeführte Menge an Nahrungsmitteln auch thatsächlich seinem Bedürfnisse an Nahrungsstoffen entsprach. Unter Berücksichtigung der in den Arbeiten von Jürgenson[5]), Munk[6]), Kisch[7]), Vierordt[8]) vorhandenen Zahlenangaben stellte ich eine annähernde Berechnung der dem Pat. gereichten Nahrungsmittel im Hinblick auf ihren Gehalt an Nährstoffen an. Das Resultat derselben war, dass Pat. täglich durchschnittlich per os ca. 110,0 Albumin,
100,0 Kohlehydrate,
130,0 Fett

eingenommen hatte. Nach Playfair[9]) beträgt die Normalration des Erwachsenen 119,0 Eiweiss, 530,0 Kohlehydrate und 51,0 Fett. Voit[10]) berechnet dieselbe für den ruhenden Arbeiter auf 137,0 Eiweiss, 352,0 Kohlehydrate und 72.0 Fett. Wenn wir berücksichtigen, dass sich diese Zahlen auf Gesunde beziehen und weiter dem Umstande Rechnung tragen, dass Pat. bei einer höchst geringen Muskelthätigkeit auch weniger Kohlehydrate beanspruchte, so ergiebt sich doch aus unserer Zusammenstellung, dass er namentlich hinsichtlich der Zufuhr der Kohlehydrate zu ungenügend ernährt worden war. Die Resorption der im Nährklysma eingeführten Nahrungsstoffe entzieht sich begreiflicher Weise einer praktischen Beurtheilung und kann bei der Berechnung des täglichen Kostmaasses unseres Pat. ausser Acht gelassen werden. Doch noch auf eine weitere Fehlerquelle möchte ich hier gleich aufmerksam machen, die sich gleichfalls einer Schätzung entzieht: Bei einer jeden Magenausspülung wurde wiederum ein Theil der Ingesta entfernt und kam dadurch für den Organismus in Wegfall.

Vom 3.—21. Sept. wurde Pat. in einer anderen Weise genährt, wobei namentlich eine reichlichere Einführung der Kohlehydrate im Auge behalten wurde. So erhielt Pat. täglich in 5 Mahlzeiten an Thee, Zucker, Brod, Fleischsaft, Nestle's Kindermehl, Leube-Rosenthal'scher Solution, Fleischpulver, Schmand, Ei, Peptonbouillon, Reis, Sago, Manna, Amylum, Fleisch etc. im Ganzen ca. 200,0 Eiweiss, 357,0 Kohlehydrate und 69,0 Fett. Dazu kamen noch Malzbonbons, welche Pat. zu verschiedenen Tageszeiten genoss, Wein und die Nahrungsstoffe, welche ihm im Klysma zugeführt wurden. Als Pat. sich soweit subjectiv gebessert fühlte, dass auf die Leichtverdaulichkeit der Nahrungsmittel weniger Rücksicht genommen zu werden brauchte, gestaltete sich der Ernährungsmodus des Pat. wie derjenige unserer Kranken I. Classe, mit dem Unterschiede nur, dass Pat. bei gutem

[2]) Dehio: Zur physikalischen Diagnostik der mechanischen Insufficienz des Magens. Verhandl. d. VII. Congresses f. innere Medicin.

[3]) Taube: Beitrag zur Percussion des Magens. Inaug.-Diss. Dorpat 1887.

[4]) Klemperer: Ueber die motorische Thätigkeit des menschlichen Magens. D. med. Wochenschr. 1888, № 47.

[5]) Jürgenson: Procentische chemische Zusammensetzung der Nahrungsmittel des Menschen. Berlin 1888.

[6]) Munk: Ueber den Nährwerth und die Verwendbarkeit der Peptonpräparate. D. med. Woch, 1889, № 7.

[7]) Kisch: Die Fettleibigkeit. Stuttgart 1889.

[8]) Vierordt: Anatomische, physiologische und physikalische Tabellen zum Gebrauch für Mediciner. Jena 1888.

[9]) Playfair: Medical Times and Gazette 1865. Vol. I, pag. 460 und 461.

[10]) Voit: Ueber die Kost in öffentlichen Anstalten 1876. pag. 39; cit. nach Kisch.

Appetit ausserdem noch Fleischsaft, Cacao, Caviar, Chokolade, Kraftbrühe etc. genoss.

21.—27. Sept. Körpergewicht auf 40,5 herabgesunken. Subjectives Wohlbefinden, im objectiven Verhalten keine Aenderung. Bei wiederholter Prüfung des Mageninhaltes wurden freie Salzsäure und Labferment stets vermisst, die Carminfibrinflocke sehr langsam gelöst. Jodreaction im Speichel ³/₄ Stunde, Salicylsäurereaction im Urin 2¹/₂ Stunden nach Darreichung von 0,1 Jodkali beziehungsweise 1,0 Salol. Pat. wird nunmehr *einmal* täglich gespült, erhält, nachdem die Strychnininjectionen weggelassen wurden, Arsen mit Eisen, sowie vor den Mahlzeiten Tct. Chin. comp. mit Tinct. Nuc. vomicar. aa; 3 Mal wöchentlich ein Bad. Im Uebrigen bleibt das frühere therapeutische Regime bestehen.

11. Oct. KG. 39,6. Salicylreaction im Urin nach 2¹/₂ Stunden. Anlässlich einer Consultation mit mehreren Collegen wird folgender Befund notirt: Die Untersuchung des Magens ergiebt bei mittlerem Füllungszustande die untere Grenze des Magens 2 Querfinger über dem Nabel, nach Genuss von 1 Glase Wasser sinkt dieselbe fast bis zu der Nabelhorizontalen herab. Ueber der rechten Lungenspitze der Befund unverändert. Abmagerung bis zum Skelett. Zunge rein, Appetit gut, Urin reichlich, hell und klar, eiweiss- und zuckerfrei. Temp. stets normal.

Pat. wird von nun ab täglich faradisirt.

12. Oct. Stand der unteren Magengrenze wie am Abend vorher, d. h. 2 Querfinger über dem Nabel. Durch Expression gelingt es ca. 400 Ccm. eines dickflüssigen Speisebreies vom Tage vorher zu erhalten, in welchem wenig veränderte Fleisch- und Brodtheile, Caviarkörner und reichliche Fetttropfen vorhanden sind. Das Filtrat des Mageninhaltes stark sauer, zeigt eine etwas stärkere Biuretreaction, im Uebrigen der frühere Befund. Der nach Ausspülung nüchterne Magen kann nicht percutorisch bestimmt werden. Der Versuch, durch Massage der Leber- und Duodenumgegend Darmsaft nach Boas[11]) zu gewinnen, misslingt, da kein Duodenalinhalt in den Magen übertritt. Nach Genuss von 1 Glase Wasser kann die untere Magengrenze ca. 3 Querfinger über dem Nabel nachgewiesen werden.

15. Oct. KG. 39,2 Kilo. Bei einer Consultation wird von Prof. Dr. Tiling constatirt, dass die untere Magengrenze nach dem Mittagessen etwas über Nabelhöhe sich befindet. Nach Aufblähen mit Luft tritt die grosse Curvatur deutlich 1 Querfinger unterhalb des Nabels hervor, um dann nach Ausstossen eines Theiles der Luft um ein Geringes höher zu rücken. Zunge rein, Appetit gut. auch kann Pat. recht schwere Speisen ohne Beschwerden vertragen. Leichtes Knöcheloedem.

17. Oct. KG. 38,0 Kilo. Leichte Diarrhoe, keine Tenesmen oder vermehrter Schleimabgang in den Fäces, kein Meteorismus, auch keine Leibschmerzen, ebenso fehlt auch jede Druckempfindlichkeit des Leibes.

20. Oct. Die Diarrhoen haben aufgehört. Der Versuch eines Nährklysmas misslingt, dasselbe wird gleich ausgestossen. Pat. erhält reichliche Mengen von Wein und allabendlich subcutan eine Campherinjection.

21. Oct. Es hat sich etwas Husten eingestellt. Ausser einigem Pfeifen und grobem Schleimrasseln keine Aenderung im Lungenbefunde.

Pat. erhält Morphium mit Aq. amygdal. amar.

22. Oct. KG. 36,1 Kilo. Stat. idem. Temp. 37,4—37,0.

Gehen wir nun zur Diagnose unseres Falles über, so dürfte zunächst die Erkennung einer schweren Schädigung der Magenfunctionen vollkommen klar sein. Dass wir es hier mit einer wenigstens zeitweiligen Erweiterung der Magengrenzen zu thun haben, ist bei Berücksichtigung der tiefen, nach 2¹/₂ Glas Wasser oder Einblasen von Luft in den Magen unterhalb des Nabels befindlichen Stellung der unteren Magengrenze ersichtlich. Wenngleich es im Allgemeinen richtig ist, dass es wohl kaum ein Hohlorgan im menschlichen Körper giebt, welches so wechselnden Grössenunterschieden unterworfen ist, wie der Magen, so gilt doch andererseits gemeiniglich ein Magen, welcher selbst im stark gefüllten Zustande bis unter die Nabelhorizontale hinabreicht, als pathologisch vergrössert. Aus den Resultaten der Percussion bei Anfüllung des Magens mit verschiedenen Mengen von Flüssigkeit dürfte weiter hervorgehen, dass es sich im gegebenen Falle keineswegs um eine absolute Dilatation handelt, denn sonst hätten wir von vornherein gleich einen abnormen Tiefstand des Magens, womöglich unter dem Nabel erwarten müssen; an Stelle dessen finden wir aber, dass der leere Magen z. B. nach einer Ausspülung gar nicht percutorisch bestimmt werden kann, dass ferner derselbe nach Genuss von ca. 1¹/₂ Glas Wasser mit der unteren Grenze annähernd 1 Querfinger oberhalb des Nabels oder 22 Ctm. unterhalb der Insertionsstelle des Proc. xiphoid. an das Corp. sterni heranreicht und mit der Zufuhr eines weiteren Glases Wasser 6 Ctm. tiefer, fast 2 Querfinger unter dem Nabel sich befindet. Controlliren wir diese Zahlen mit denjenigen, welche Taube und Dehio für den gesunden Magen anführen, so ergiebt sich Folgendes: Im nüchternen Zustande ist der normale Magen leer und wird von der Leber verdeckt. Nach 1 Glase Wasser wird der untere Rand der Magengrenze 9—15,5 Ctm. unterhalb der Insertionsstelle des Proc. xiphoid. gefunden, nach dem 2. Glase reicht der Magenfundus durchschnittlich um 2,7 Ctm., nach dem 3. um weitere 2,1 Ctm. und nach dem 4. Glase wiederum um 2,5 Ctm. tiefer. In unserem Falle findet sich bei 2¹/₂—3 Glas Mageninhalt die untere Magengrenze 28 Ctm. unterhalb der Insertionsstelle des Proc. xiphoid., während dieser Abstand nach Dehio und Taube unter normalen Verhältnissen nach dem 4. Glase bloss 16—23 Ctm. betragen darf. Wie schon diese Autoren hervorhoben, weist ein solcher Befund auf eine relative Insufficienz des Magens hin und zeigt, dass der der jeweilig im Magen befindlichen Flüssigkeitsmenge entsprechende Tonus der Magenwand eine Schädigung erfahren hat. Dass der Tonus des Magens in unserem Falle nur schwer gelitten hat, aber nicht völlig erloschen ist, dürfte auch aus folgender Wahrnehmung hervorgehen. Als der Magen durch Lufteinblasen bis unter den Nabel gedehnt wurde, wodurch seine Form durch die schlaffen und mageren Bauchdecken gut hervortreten konnte, sahen wir nach einiger Zeit ein deutliches Kleinerwerden des Magens, seine untere Grenze rückte mehr nach oben. Dieses Resultat der Inspection stand auch mit den percutorischen Ergebnissen in Einklang, welche gleichfalls ein Hinaufrücken der Magendämpfung anzeigten. Mithin konnte angenommen werden, dass der Magen in unserem Falle hinsichtlich seiner Grösse im leeren Zustande annähernd den Volumverhältnissen eines normalen Magens entsprach, hingegen bei Anfüllung dehnungsfähiger erschien als ein normaler Magen. Es bestand mithin ein Zustand, welchen Rosenbach[12]) als eine «relative Mageninsufficienz» bezeichnet hat, und welcher bei seinem weiteren Fortschreiten befähigt ist, allmälig in die absolute Mageninsufficienz der Magendilatation überzugehen.

Da die von mir erwähnten physikalischen Untersuchungsmethoden bei unserem Pat. stets übereinstimmende Resultate ergaben und eine mehr oder weniger präcise Diagnose sicherten, so habe ich es unterlassen noch andere der sonst von anderen Autoren geübten Untersuchungsproceduren bei unserem Pat. in Anwendung zu bringen.

Die Annahme einer hochgradigen relativen motorischen Insufficienz des Magens documentirte sich in meinem Falle auch noch durch andere Erscheinungen, welche im Laufe der Beobachtung allmälig zu Tage traten. So finden wir, dass die Ingesta ausserordentlich lange, bis zu 24 Stunden, vielleicht noch länger, im Magen verweilen und starke Gährungen eingehen. Wir sehen weiter eine hochgradige Verspätung des Uebertrittes des Salol in den Darm, dasselbe kann sogar nach 12 Stunden im Mageninhalt an seinem deutlich aromatischen Geruche erkannt werden. Wenngleich auch neuerdings der Werth der Ewald-Sievers-schen Salolmethode mehrfach angezweifelt wird (Brunner[13]), Huber[14]), Decker[15]), so dürfte doch immerhin ein so später Nachweis der Bestandtheile des Salols im

[11]) Boas: Ueber Wechselbeziehungen zwischen Magen- und Darmkrankheiten. Verhandl. d. Ver. für innere Med. in Berlin, 5. Juni 89; in der Berl. klin. Woch. 1889, № 28 und Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 17, 1890.

[12]) Rosenbach: Der Mechanismus und die Diagnose der Mageninsufficienz. Volkmann's Samml. kl. Vortr. № 153, 1878.

[13]) Brunner: Zur Diagnostik der motorischen Insufficienz des Magens. D. med. Wochenschr. 1889, № 7.

[14]) Huber: Münch. med. Wochenschr. 1889, № 9, cit. nach Decker.

[15]) Decker: Zur Frage des diagnostischen Werthes des Salols bei der motorischen Insufficienz des Magens. Berl. klin. Wochenschr. 1889, № 45.

Urin, wie in unserem Falle, als pathologisch aufzufassen sein. Die von Huber empfohlene, auch von Decker befürwortete Bestimmung der Zeit, innerhalb welcher die Salicylsäure überhaupt noch im Urin nachzuweisen ist, habe ich nicht ausgeführt. Auch die mit der neueren, von Klemperer zur Prüfung der Motilität des Magens angewandten Oeleinführung gewonnenen Resultate müssen für eine schwere Insufficienz des Magens unseres Patienten sprechen. Klemperer fand, dass ein normaler Magen befähigt ist in 2 Stunden von 105 Cbcm. eingeführten Olivenöls 70—80 Cbcm. in den Darm hinüberzuführen. Von Brunner haben diese Zahlen die Einschränkung von 55 bis 60 erfahren. In unserem Falle gelang es von 100,0 Cbcm. eingeführten Mandelöls nach $2\frac{1}{2}$ Stunden 90 beziehungsweise 85 Cbcm. zurückzugewinnen, was ca. $\frac{1}{5}$—$\frac{1}{6}$ der von Klemperer gefundenen normalen Mengen entsprechen würde.

Hinsichtlich der Beurtheilung der stets mehr oder weniger übereinstimmenden Befunde bei der Prüfung des Mageninhaltes sowohl $1\frac{1}{4}$—$1\frac{1}{2}$ Stunden nach dem Probefrühstück Ewald's, als auch nach längerem Verweilen desselben im Magen, glaube ich, dass die Diagnose einer mehr oder weniger ausgedehnten Atrophie der Magenschleimhaut einer Berechtigung nicht entbehrt. Die charakteristischen Symptome einer solchen müssen dem Wesen des Krankheitsprocesses zufolge vorzugsweise im Verluste aller secretorischen Functionen des Magens bestehen. Als wesentlichste Merkmale eines atrophischen Magencatarrhes, wenn ich diesen viel umstrittenen Ausdruck brauchen darf, gelten demnach nach den Angaben in der Literatur (Fenwick[16]), Ewald[17]), Lewy[18]), Boas[19]), Jaworski[20]), Rosenstein[21]), Litten[22]), Meyer[23]) u. A.) folgende Erscheinungen: wenig verändertes Aussehen der in den Magen eingeführten Nahrungsstoffe, Fehlen von Schleim im Mageninhalte, Abwesenheit freier Salzsäure, Verminderung oder völliges Versiegen der Pepsin- und Labfermentabscheidung, Störung der Motilität und der Resorption des Magens. In einigen Fällen bilden auch Cardialgien und höhere Inanitionsgrade mehr hervortretende Erscheinungen. Diesen Symptomencomplex finden wir in vollem Umfange bei unserem Kranken wieder. So sehen wir, dass die Nahrung nach längerem Verweilen im Magen oft kaum verändert ist. Caviarkörner lassen sich noch deutlich an Gestalt und Farbe erkennen, Brodtheile erscheinen noch nach 2 Stunden, als wären sie vor wenigen Augenblicken zerkaut und hinabgeschluckt, selbst nach 24 Stunden lassen sich zusammenhängende Fleischstücke aus dem Mageninhalt isoliren. Die Pepsinabscheidung war wohl vorhanden, aber in hohem Maasse herabgesetzt. Schleim konnte oft gar nicht oder in kaum nennenswerthen Quantitäten aus dem Magen herausgebracht werden. Die Salzsäure und das Labferment fehlten andauernd. Ueber das etwaige Fehlen des Labzymogens habe ich leider, wie erwähnt, keine Untersuchungen angestellt. Schliesslich bestanden auch vor Beginn der Spülungen heftige Cardialgien, die wohl hauptsächlich mit den intensiveren Gährungsprocessen im Magen in Beziehung gebracht werden müssen, sowie eine starke Inanition — lauter Thatsachen, welche in hohem Maasse für eine Atrophie der Magenschleimhaut sprechen. Wollte man mit Litten noch weiter specialisiren, so könnte man aus dem völligen Fehlen des Labfermentes bei bestehender, wenn auch herabgesetzter Pepsinabscheidung auf ein vorwiegendes Befallensein des Magenfundus schliessen. Nun kann ja bekanntlich der atrophische Catarrh des Magens als ein gewissermaassen selbständiges, wenn auch secundär aus einer einfachen oder schleimigen Gastritis hervorgegangenes Leiden bestehen. Andererseits scheint sich aber dasselbe auch mit anderen Processen, theils des Magens selbst, theils auch entfernterer Organe zu combiniren (Lewy[24]), Rosenstein[25]) u. A.). Eine ganz besondere Rolle scheint hierbei die perniciöse Anämie zu spielen. (Fenrick, Nothnagel[26]), Eichhorst[27]), Bamberger[28]), Quincke[29]), Henry und Osler[30]), Scheperlen[31]), Kinnickus[32]), Rosenstein). Nach einigen Autoren soll die perniciöse Anämie den Schwund des Drüsenapparates des Magens bedingen, während wiederum die Anderen der entgegengesetzten Meinung zuneigen, dass die perniciöse Anämie sich allmälig als Ausdruck einer tiefen Ernährungsstörung infolge des atrophischen Catarrhes entwickeln soll.

Bezüglich unseres Falles liess sich die perniciöse Anämie aus dem keineswegs sehr anämischen Aussehen des Pat. auch ohne Blutkörperchenzählung und Hämoglobinbestimmung leicht ausschliessen. Schwieriger war es mit Sicherheit eine Stenose des Pylorus von der Hand zu weisen, an welche bei der Erweiterung der Magengrenze und der schweren motorischen Insufficienz des Magens von vornherein gedacht werden musste, um so mehr noch, als die continuirliche und rapide unaufhaltsame Abnahme des Körpergewichtes direct aufforderte, auf das Vorhandensein einer Neubildung zu fahnden. Und doch liessen sich gewichtige Bedenken gegen die Annahme eines Pyloruscarcinoms geltend machen: das Alter des Pat., das Fehlen von Bluterbrechen, da ja auch mikroskopisch niemals Blutspuren entdeckt werden konnten, der Mangel jeder Drüsenschwellung am Halse, die reine Zunge und der vorzügliche Appetit des Kranken während der ganzen Behandlungsdauer, sowie schliesslich der stets negative Befund eines Tumors im Cavo abdominis. Gegen eine Stenose am Pylorus konnte auch der Umstand sprechen, dass am Schlusse einer Magenspülung mehrfach der Uebertritt von Galle in den Magen beobachtet wurde. Gegen die Voraussetzung einer stenosirenden Narbe am Pylorus musste eingewandt werden die hochgradige Anacidität des Magensaftes, sowie vor Allem die Anamnese, welche nichts von einem Ulcus darbot. Schliesslich käme noch der Umstand in Betracht, dass das

---

[16]) Fenwick: Lecture on atrophy of the stomacs. Lancet 1887, Juli 7., 14., 21.

[17]) Ewald: Ein Fall von Atrophie der Magenschleimhaut mit Verlust der Salzsäuresecretion. Ulcus carcinomatosum duodenale. Berl. klin. Woch. 1886, № 32.

[18]) Lewy: Ein Fall von vollständiger Atrophie der Magenschleimhaut. Berl. klin. Woch. 1887, № 4.

[19]) Boas: Ueber Labferment im gesunden und kranken Magen. Centralbl. f. med. Wissensch. 1887, № 23; und Beitrag zur Symptomatologie des chronischen Magencatarrhes und der Atrophie der Magenschleimhaut. Münch. med. Woch. 1887, №41—42.

[20]) Jaworski: Beobachtungen über das Schwinden der Salzsäuresecretion und den Verlauf der catarrhalischen Magenerkrankung. Münch. med. Woch. 1887, № 7 und 8.

[21]) Rosenstein: Ueber atrophische Processe an der Magenschleimhaut in ihrer Beziehung zum Carcinom und als selbständige Erkrankung. Berl. klin. Woch. 1888, № 51 und 52.

[22]) Litten: Zur Pathologie der Magenschleimhaut. D. med. Woch. 1888, № 37; und Litten und Rosengart: Ein Fall von fast völligem Erloschensein der Secretion des Magensaftes. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 14, 1888.

[23]) Meyer: Zur Kenntniss der sogenannten Magenatrophie. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 16, 1889.

[24]) Lewy in den Beiträgen zur pathologischen Anatomie und Physiologie, herausgegeben von Ziegler und Nauwerk, 1886.

[25]) Rosenstein: Ueber das Verhältniss des Magensaftes und des Magens beim Diabetes mellitus. Berl. kl. W. 1890, №13.

[26]) Nothnagel: Cirrhotische Verkleinerung des Magens und Schwund der Labdrüsen unter dem klinischen Bilde der perniciösen Anämie. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 24, 1879.

[27]) Eichhorst: Handbuch d. spec. Pathol. u. Ther. 1882.

[28]) Bamberger: Krankheiten des Magens etc. Virchow's Handbuch VI, 1, p. 330,

[29]) Quincke: Ueber perniciöse Anämie. Volkmann's Samml. klin. Vortr. № 100.

[30]) Henry und Osler: Atrophy of the stomacs with the clinical fractures of progressives pernicioses anaemie. Amer. Journ. of med. science, 1886, April; cit. nach Meyer.

[31]) Scheperlen: Studier angaande anaemi, merklig anaemia perniciosa progressiva. Nordiskt Arkiv 1879, XI, № 3; cit. nach Meyer.

[32]) Kinnickus: Atrophy of the gastric tubulis its relations to pernicious anaemia. Americ. Journ. of med. sciences, 1887, Oct.; cit. nach Meyer.

Ulcus pepticum, worauf noch neuerdings v. Sohlern[33]) mit Hinweis auf die Erfahrungen der bedeutendsten Aerzte St. Petersburgs aufmerksam gemacht hat, hier zu Lande so gut wie gar nicht zur Beobachtnng gelangt. Was schliesslich die seltenen Fälle von spastischer Contraction des Pylorus (Sanctuary[34]), die Stenose des Pförtners infolge angeborener Enge desselben (Landerer[35]), Maier[36]), Hirschspring[37]), der Compression desselben durch peritonitische Stränge oder Tumoren der Nachbarschaft u. dgl. mehr anbetrifft, so lassen sich dieselben leicht ausschliessen oder entziehen sich einer praktischen Beurtheilung.

Zwei Puncte verdienten vielleicht noch bei der Diagnose eines atrophischen Catarrhes unseres Pat. berücksichtigt zu werden — die hochgradige Abmagerung und das jugendliche Alter des Pat. Die meisten der einschlägigen Fälle in der Literatur betreffen meist wohlgenährte, wenn auch anämische Kranke vorwiegend höheren Alters. Wie wir noch sehen werden, erklärt sich die allerdings sehr starke Abmagerung unseres Pat. in ungezwungener Weise durch einen mangelhaften Uebertritt der Ingesta in den Darm, auch fehlt es nicht an Fällen in der Literatur, die sich durch eine schwere Schädigung des Ernährungszustandes auszeichneten. Was schliesslich die Ansicht Ewald's anbetrifft, dass der atrophische Catarrh namentlich höheren Altersstufen zukomme, so hat dieselbe schon durch Litten ihre Widerlegung gefunden. — Ich glaube daher nicht zögern zu dürfen, in unserem Falle an der Diagnose festzuhalten: Ausgedehnte, wenn auch nicht totale Atrophie der Magenmucosa als das Endstadium der chronischen Gastritis, relative motorische Insufficienz des Magens höheren Grades, wahrscheinlich ohne organische Stenose des Pylorus.

Ueber die Aetiologie des Falles bin ich nicht in der Lage mir ein Urtheil bilden zu können. Die Anamnese weist weder auf eine abnorme Belastung der Magenwände durch übermässige Völlerei, worauf Rosenbach besonderen Nachdruck legt, hin, noch konnten wir eine angeborene oder erworbene Schwäche der Magenmuskulatur durch allgemein krankhafte Constitution oder besondere Nervosität (Sée und Matthieu[38]) als ätiologische Momente beschuldigen. Am wahrscheinlichsten erscheint es mir, dass der Hauptantheil an der Schwächung der Motilität des Magens dem chronischen Magencatarrh zuzuschreiben ist. Es liesse sich vielleicht auch an einen ätiologischen Zusammenhang des atrophischen Magencatarrhes mit dem anscheinend tuberculösen Process der rechten Lunge denken, da ein solcher Causalnexus nach den Angaben Schwalbe's[39]) thatsächlich zu bestehen scheint.

(Schluss folgt.)

Referate.

M. Löwenmeyer: Ueber Codein. (Deutsche med. Woch. № 20).

G. Kobler: Erfahrungen über den Werth des Codeins als Narcoticum. (Wiener klin. Woch. № 12).

Es ist, wie Löwenmeyer sagt, ein eigenthümliches Schicksal, das dem Codein in Deutschland widerfahren ist. Man kennt seine Eigenschaften, seine Vorzüge — und dennoch gelangt es selten zur Anwendung. Verf. schildert die Erfahrungen, welche er mit Codein bei verschiedenen Affectionen gemacht hat. Bei Gastralgien und Koliken, bei Schmerzen, die im Becken ihren Sitz hatten, waren die Erfolge der Codeinbehandlung befriedigend. Die Patienten fanden Schlaf, die Schmerzen hörten auf. Auch bei denjenigen Schmerzzuständen, die durch anatomische Veränderungen der Organe bedingt werden, so bei Ulcus rotundum des Magens, beim Magenkrebs, bei Carcinose der Leber, des Darmes und des Bauchfelles wurde durch Codein Linderung geschafft, keineswegs aber in allen Fällen. Hier musste man doch oft wieder zum Morphium greifen; bei Gallen- und Nierensteinen ging es ebenso. Verf. meint, dass diejenigen Schmerzen, welche mit höchster Intensität einsetzen, die den Kranken paroxysmatisch überfallen, durch Codein weniger beeinflusst werden. Doch auch wenn das Mittel nur in einzelnen Fällen wirkt, verdient es angewandt zu werden schon deshalb, weil man dem gefürchteten Morphinismus aus dem Wege geht; Erscheinungen, die man als Codeinismus bezeichnen könnte, treten beim Gebrauch des Mittels nicht auf. Unbrauchbar ist das Codein im acuten Stadium von Perityphlitis, Peritonitis — hier sind Opiate am Platze. Die besten Erfolge hat das Codein bei Affectionen des Respirationstractus aufzuweisen; die bekannten quälenden Symptome der Phthisiker können durch Codein bekämpft werden. Gute Dienste leistet es auch bei Bronchocatarrhen, Pleuritiden und Pneumonien, ferner beim Asthma bronchiale. Auch bei Herzkrankheiten wandte Verf. das Codein an und zwar ohne jeglichen toxischen Einfluss auf das Herz; wiederholt konnten qualvolle stenocardische Anfälle dadurch behoben werden. Auch die hypnotische Wirkung des Mittels ist eine gute. Pro dosi verordnete Verf. 0,025 bis 0,05, pro die kann man das 3—4-fache geben. Ein Uebelstand ist nur der hohe Preis = $2^1/_2$ Mal so theuer wie Morphium.

G. Kobler hat ebenfalls mit dem Codein recht gute Resultate bei Erkrankungen des Respirationsapparates erzielt. Unangenehme Nebenerscheinungen oder Intoxicationssymptome kamen sehr selten zur Beobachtung. Da das Mittel die Darmthätigkeit nicht beschränkt, so ist es in geeigneten Fällen schon deshalb dem Opium vorzuziehen. Verf. constatirte ferner, dass die betreffenden Patienten bei Einnahme des Codeins nicht nur seltener, sondern auch leichter aushusteten, als bei der des Morphiums. Es erzeugt auch keine Uebelkeit oder Appetitlosigkeit. Die Verordnung geschieht in Pulverform (bitterer Geschmack) oder in Pillen.

Abelmann.

W. A. Meredith: Ueber den gegenwärtigen Stand der Bauchchirurgie. Vortrag gehalten am 14. April 1890 in der Medical Society of London. (The Lancet № 3477-78).

M. macht zunächst auf die grossen Fortschritte, die die Bauchchirurgie in den letzten zehn Jahren gemacht hat, aufmerksam. Diese Fortschritte haben wir vor allem der Reinlichkeit in der weitesten Bedeutung des Wortes, die heute durch Lister's Verdienst den wesentlichsten Bestandtheil der Antiseptik ausmacht, zu verdanken. Zwei andere sehr wichtige Factoren sind ausserdem die Drainage und die Ausspülung der Peritonealhöhle. Die Drainage vermittelst Glasdrains, die durch den Beckenboden nach aussen geführt werden, hat jetzt viel mehr Anhänger als früher, seit die Drainröhren weniger gross und plump gemacht werden und seit man durch Application von in Gummituch eingeschlagenen Schwämmen an das äussere Ende des Drainrohres für schnelle Absorption der abfliessenden Secrete, wodurch dieselben an der Zersetzung verhindert werden, sorgt. Die Ausspülung der Peritonealhöhle, in Verbindung mit der Drainage, hat glänzende Resultate ergeben. Der Zusatz von Antisepticis zur Spülflüssigkeit bringt nur die Gefahr der Vergiftung und keinen Vortheil. Wesentlich ist nur, dass die Spülflüssigkeit keine septischen Keime enthält, denn die Wirkung der Spülungen ist hauptsächlich eine mechanische; vielleicht bringt auch die Verdünnung und Lösung von giftigen (septischen) Substanzen einigen Vortheil. Es werden vielleicht auch Substanzen gelöst und durch die ungeheure Absorptionsfähigkeit des Peritoneums ins Blut aufgenommen und durch die Nieren ausgeschieden, deren Verbleiben in der Bauchhöhle einen günstigen Nährboden für die Entwickelung und Vermehrung der septischen Keime liefern würde. Höchst wahrscheinlich werden zugleich auch etwa vorhandene Mikroorganismen resorbirt und entweder im Blut zerstört, oder ebenfalls durch die Nieren ausgeschieden. Im Anschluss an diese Dinge müssen noch zwei die Nachbehandlung nach Bauchoperationen betreffende Puncte besprochen werden, nämlich dass die Verordnung von Opium nicht rathsam ist und unter gewissen Bedingungen die Anwendung von salinischen Abführmitteln von Vortheil ist. Die gewöhnliche Anwendungsweise des Opiums ist ein Fehler, da durch dasselbe die erwähnten Absorptions- und Excretionsvorgänge bedeutend gehindert werden, während dieselben andererseits durch salinische Purgantien entschieden gefördert werden. Nur so lässt sich die Thatsache erklären, dass die Patienten ohne Anwendung von Opium schneller genesen und dass bei beginnenden peritonitischen Erscheinungen die salinischen Abführmittel sehr günstig wirken, vorausgesetzt natürlich, dass keine mechanischen Hindernisse für die Fortbewegung des Darminhalts vorhanden sind; in diesem Fall ist am empfehlenswerthesten die Belladonna in Gaben von 20 Tropfen der Tinctur.

[33]) v. Sohlern: Der Einfluss der Ernährung auf die Entstehung des Magengeschwüres. Berl. klin. Woch. 1889, № 13.

[34]) Sanctuary: Notes of a cases of dilatated stomacs with remarks. Brith. med. Journ. 1883, p. 613.

[35]) Landerer: Ueber angeborene Stenose des Pylorus. Inaug.-Diss. Tübingen 1879.

[36]) Maier: Beiträge zur angeborenen Pylorusstenose. Virchow's Arch. 102.

[37]) Hirschspring: Fälle von angeborener Pylorusstenose, beobachtet bei Säuglingen. Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. XXVIII, 1. Heft 1888.

[38]) Sée und Matthieu: De la dilatation atonique de l'estomac. Rev. d. med., H. 5, 9. 1888; cit. nach Maier.

[39]) Schwalbe: Die Gastritis der Phthisiker vom pathologisch-anatomischen Standpunct. Virchow's Arch. Bd. 117.



Uterustumoren. Bis 1880 hat ein Spencer Wells nach Hysterectomien wegen Uterustumoren eine Mortalität von 47 % gehabt. Bei so ungünstigen Resultaten, die hauptsächlich auf unzweckmässige Stielbehandlung zurückzuführen waren, beurtheilte man die chirurgische Behandlung der Uterusgeschwülste sehr abfällig, um so mehr, als man damals der irrigen Meinung war, dass diese Geschwülste nur ausnahmsweise das Leben bedrohten. In dem Londoner Samaritan Hospital zeigen nun die in den letzten 4 Jahren ausgeführten 82 Hysterectomien eine Mortalität von nur 18,2 %. Dieser Fortschritt beruht hauptsächlich auf der verbesserten Stielbehandlung. Die Entfernung von Geschwülsten, welche hauptsächlich den Fundus und die oberen Partien des Uterus einnehmen, ist gewöhnlich nicht schwierig und bedarf keiner näheren Besprechung. Aeuserst schwierig kann aber die Operation werden bei intraligamentärer Entwickelung der Geschwulst und wenn die Blase stark nach aufwärts gezogen und der vorderen Fläche des Tumors adhärent ist; dieses geschieht meist bei Tumoren die von den unteren Theilen des Uteruskörpers ausgehen. Nur verhältnissmässig selten ist es in diesen Fällen möglich sich mit der Entfernung der Uterusadnexa zu begnügen. Die Hauptgefahr bei diesen Operationen liegt zunächst in der Blutung. Um diese zu beherrschen, müssen zunächst die Ovarialgefässe durch doppelte Unterbindung und Durchschneidung der Ligamenta lata dicht unterhalb der Uterusadnexa gesichert werden. Dann werden die Verbindungen der Blase mit der Vorderfläche des Tumors gelöst, indem die Kapsel des Tumors durch einen horizontalen Schnitt, der von einer Unterbindungsstelle des Ligamentum latum zur andern und einen halben bis einen Zoll über dem oberen Ende der Blase führt, gespalten, und die Blase stumpf möglichst weit nach abwärts gedrängt wird. Meist wird man dann einen zur Application des Köberleschen Schlingenschnürers (den M. ganz besonders warm empfiehlt) genügenden Stiel haben; wenn nicht, so muss eine elastische Ligatur um die Basis des Tumors gelegt nnd mit Klemmpincetten gesichert werden. Hierauf wird die hintere Kapsel des Tumors durch einen horizontalen Schnitt, der wieder die Unterbindungsstellen der Ligamenta lata verbindet, gespalten, die Basis des Tumors soweit ausgeschält, dass man den Draht des Schlingenschnürers unterhalb der elastischen Ligatur anlegen kann, welche letztere dann entfernt wird. Nach vollständiger Entfernung des Tumors wird eine starke Nadel oberhalb des Drahts durch den Stiel gestossen, letzterer so viel wie möglich geglättet und die Ränder seines Peritonealüberzuges durch eine fortlaufende Naht einander möglichst genähert. Endlich wird der Stiel in die Bauchwunde so eingenäht, dass die Ränder des durchschnittenen Peritoneum parietale genau in die durch den Draht des Schlingenschnürers gesetzte Furche fallen. Der Verband soll wenigstens 5 oder 6 Tage nicht gewechselt werden.

Die Entfernung der Uterusradnexa wegen Blutungen, welche im Verlaufe des Wachsthums von Fibromyomen des Uterus auftreten, ist in geeigneten Fällen von grosser Wirksamkeit. Leider ist, wie erwähnt, die vollständige Entfernung beider Ovarien und Tuben nicht immer möglich, entweder wegen der Grösse oder wegen der Entwickelungsart der Tumoren. Was bei diesen Operationen hauptsächlich zu berücksichtigen ist, ist eine Verletzung der oft sehr erweiterten Gefässe des Plexus pampiniformis zu vermeiden und zweitens auf die vollständige Entfernung allen Ovarialgewebes zu achten. Es ist daher nöthig das Ligamentum latum nicht zu nahe am Ovarium zu unterbinden, ein zurückbleibender Rest Ovarialgewebes würde namentlich bei jungen und vollblütigen Patienten die Blutung sehr bald zurückkehren lassen. Diese Thatsache erklärt sich leicht aus der nahen Beziehung der Ovarien zur Menstruation. In wieweit an letzterer die Tuben (Lawson Tait) oder gewisse Nervencentra betheiligt sind, ist noch nicht genügend festgestellt. Die Mortalität dieser Operation ist äussert gering.

Die Entfernung der Uterusadnexa wegen Erkrankung derselben. Die Frage nach der Berechtigung und nach den Indicationen dieser Operationen ist ausserordentlich schwierig und dabei von grosser Wichtigkeit, da es sich keineswegs um leichte Eingriffe handelt, sondern selbst die geschicktesten und erfahrensten Operateure eine Mortalität von ca. 5 % zu verzeichnen haben. In einem gegebenen Fall ist es sehr schwer zu entscheiden, in wieweit die Symptome von der Erkrankung der Ovarien oder Tuben abhängig sind. Eine geringfügige Erkrankung kann die schwersten Erscheinungen machen, während andererseits eine Patientin mit doppelseitigem Pyosalpinx ihren Geschäften nachgehen kann, ohne etwas von der Lebensgefahr zu ahnen in der sie schwebt. Die wichtigste Frage ist, ob das Leben gefährdet ist wenn die Operation unterbleibt. Die Entscheidung hängt wesentlich von einer genauen Diagnose ab. Im Allgemeinen kann man sagen, dass ein Pyosalpinx die Operation durchaus erfordert. Die Schwierigkeit der Differenzialdiagnose zwischen Pyo- und Hydrosalpinx ist kaum jemals verhängnissvoll, da auch ein Hydrosalpinx jeder Zeit leicht vereitern kann. Ein wichtiger Punct in der Behandlnng der erkrankten Uterusadnexa ist hier zu erwähnen: Die Schädlichkeit jeder activen Behandlung des Uterus zur Beseitigung der sogenannten dysmenorrhoischen Beschwerden, welche mit diesen Erkrankungen verbunden sind. Eine solche Behandlung kann die Intensität der Krankheit nur steigern. — Am schwersten sind die Indicationen zur Operation bei den sogenannten chronischen Entzündungen der Ovarien zu stellen, wo eins oder beide Organe vergrössert, prolabirt und vielleicht durch Adhäsionen fixirt sind. Hier wird der Wunsch nach einer Operation nicht durch Lebensgefahr, sondern durch die Aussicht auf längeres Siechthum hervorgerufen. Häufig wird hier die sociale Stellung des Patienten den Ausschlag geben. Niemals soll man sich zur Operation entschliessen, bevor man sich von der Nutzlosigkeit einer consequent und lange fortgesetzten nicht localen, sondern Allgemeinbehandlung, welche die Beseitigung jeder Congestion zum Becken bezweckt, überzeugt hat. Hat man sich zur Operation entschlossen, so muss man die Patienten mit dem Risico derselben und mit den möglichen Consequenzen bekannt machen. Um das Endresultat der Entfernung der Uterusadnexa wegen chronisch entzündlicher Erkrankung zu beurtheilen, fehlt es uns noch durchaus an der nöthigen Erfahrung. Einerseits sind radicale Heilungen nach diesen Eingriffen bekannt, andererseits giebt es Fälle, wo die Allgemeinbeschwerden nach der Operation bedeutend zugenommen haben.

Die Erfolge in der Behandlung *der Extrauterinschwangerschaft* verdanken wir Lawson Tait. Derselbe giebt die Möglichkeit einer Ovarialschwangerschaft zu, hält das Vorkommen derselben aber nicht für erwiesen. Meist ist der Sitz des Fruchtsackes in dem freien Theil der Tuba Fallopiae, sehr selten in dem innerhalb des Uterusgewebes gelegenen Theil derselben (Tubo-uterine Varietät). Nach unseren jetzigen Anschauungen entsteht Tubarschwangerschaft so, dass in einer entzündlich veränderten Tube das Ei zurückgehalten und befruchtet wird. Das Wachsthum des befruchteten Eies führt unbedingt zur Berstung der Tube und zwar vor dem fünften Monat bei der „interstitiellen“ (Tubouterinen), und gegen Ende des dritten Monats bei der eigentlichen Tubarschwangerschaft. Unglücklicherweise macht die Extrauterinschwangerschaft keine bestimmten subjectiven Symptome. Meist sind die ersten Anzeichen plötzliches Auftreten von Schmerzen und die Symptome von innerer Blutung, zuweilen auch der Abgang von Stücken der Decidua. Sollte es möglich sein, die genaue Diagnose vor dem Platzen des Fruchtsackes zu stellen, so müsste man bei der tubouterinen Schwangerschaft den Fruchtsack von der Uterushöhle aus anstechen und entleeren, bei der tubaren wäre Laparotomie und Entfernung der erkrankten Tube angezeigt. Leider kann wie erwähnt die Diagnose erst gestellt werden wenn Ruptur schon eingetreten ist. Letztere erfolgt bei der tubouterinen Schwangerschaft immer in die Peritonealhöhle, bei der tubaren entweder auch in die Bauchhöhle oder zwischen die beiden Blätter des Ligamentum latum. In letzterem Fall ist zunächst kein actives Vorgehen nöthig. Der Fötus kann absterben und zugleich mit dem ergossenen Blut resorbirt werden, oder in seltenen Fällen als Lithopädion sich einkapseln; oder die Hämatocele kann vereitern und muss dann natürlich eröffnet werden. — Wenn die Schwangerschaft durch die Ruptur der Tube nicht unterbrochen wird, so kann die Frucht weiter wachsen und sich zu einen lebensfähigen Kind entwickeln. Wenn sie in den letzten Monaten der Schwangerschaft abstirbt, so ist Vereiterung des Fruchtsackes die Regel und er kann sich in die Vagina, das Rectum oder die Blase entleeren. Die Ruptur und Entleerung des Fruchtsackes in die Peritonealhöhle bringt die grosse Gefahr der Verblutung oder Peritonitis mit sich; dennoch ist, nach den veröffentlichten Statistiken zu urtheilen, ein operatives Vorgehen oft von gutem Erfolg; freilich sind die veröffentlichten Fälle zum Theil nicht einwandfrei.

Die Differentialdiagnose der vorgeschrittenen Extrauterinschwangerschaft von Uterinschwangerschaft mit abnormer Verdünnung der Uterusmusculatur und Hydramnion, von Complicationen einer gewöhnlichen Schwangerschaft mit Uterusfibromen oder von Schwangerschaft in einem Horn eines Uterus bifidus lässt sich im weiteren Verlauf meist stellen, da diese Zustände sehr häufig mit einer rechtzeitigen normalen Entbindung endigen. Vor dem Tode der Frucht gründet sich die Diagnose der Extrauterinschwangerschaft auf die Auscultation der kindlichen Herztöne. Bei der Untersuchung findet man den Uterus vergrössert, gewöhnlich eng der vorderen Fläche des Tumors anliegend, der Muttermund erweitert. Nach dem Tode der Frucht ist die Diagnose viel schwieriger; man achte auf die Anamnese: stetiges Wachsthum des Tumors, eventuell gefolgt von Symptomen eines Aborts mit geringer Metrorrhagie und darauf folgender Verkleinerung des Tumors durch Absorption des Liquor Amnii.

Die operative Behandlung der Extrauterinschwangerschaft kann so lange das Kind am Leben ist bis zum Endtermin derselben aufgeschoben werden, in der Hoffnung Mutter und Kind zu retten. Ist die Frucht abgestorben, so kann zu jeder beliebigen Zeit eingegriffen werden. Im Hinblick auf die extraperitoneale Entwickelung des Fruchtsackes in der grossen Majorität der Fälle empfiehlt Lawson Tait eine laterale Incision auf der Seite, auf welcher vermeintlich die Schwangerschaft entstanden ist, um einem Durchbruch in die Bauchhöhle vorzubeugen. Die Placenta ist in der Regel nicht zu entfernen. Der Fruchtsack wird nach aussen drainirt. Da hierbei die Reconvalescenz sehr lange dauert und die Patienten der Gefahr der pyämischen Intoxication von Seiten der necrotisirenden Placenta unterliegen, schlägt Lawson Tait folgendes Verfahren vor. Nach Unterbindung



und Durchtrennung der Nabelschnur dicht an ihrem Ursprung wird die Placenta möglichst blutleer gemacht und der Fruchtsack sorgfältig gereinigt. Dann werden die Nähte so dicht angelegt dass sie den Fruchtsack vollständig hermetisch schliessen können. Bevor die Nähte zugezogen werden, wird der Sack vermittelst eines Hebertroicarts mit Flüssigkeit vollständig gefüllt; der Troicart wird erst entfernt wenn alle bis auf die letzten Nähte geknüpft sind. Dann wird die Flüssigkeit mit demselben Heber so vollständig wie möglich aus dem Sack entfernt, der Troicart vorsichtig, damit keine Luft eintritt, herausgezogen und auch die letzte Sutur geknüpft. Sollte dann in dem geschlossenen Sack Eiterung eintreten, so kann man ihn immer noch rechtzeitig wieder öffnen und wie einen gewöhnlichen Abscess behandeln. Nur in sehr seltenen Fällen wird es möglich sein den Sack in toto auszuschälen, nachdem sein Inhalt evacuirt ist.

(Fortsetzung folgt.)

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Dr. Parke, der ärztliche Begleiter Stanley's berichtete der englischen Vaccinations-Commission Folgendes über seine während des Zuges durch Afrika gemachten Beobachtungen, betreffend die Schutzpockenimpfung: er hatte 40 einheimische Träger der Karawane geimpft; als nun eine sehr heftige Variola-Epidemie ausbrach, blieben 38 von ihnen gesund, die übrigen 2, die sehr unansehnliche Impfnarben hatten, bekamen leichte Pocken und genasen ohne jede Entstellung. Ringsum fielen in Folge der Variola die nicht geimpften Einheimischen wie die Fliegen. (W. med. Pr. — Münch. med. Woch. № 26).

— Wilhelm Fischer empfiehlt bei *Frosterkrankungen an den Händen* die Blutcirculation in den feinen Blutgefässen auf rein mechanischem Wege anzuregen und in ihren normalen Zustand zurückzuführen. Er lässt die betreffenden Patienten Knetübungen ausführen: Es wird ein etwa hühnereigrosses Stück sog. Glaserkitt oder ein Stück Brod genommen: diesen Teigball, den Patient in der Tasche trägt, knetet er in jedem freien Augenblick gut durch. Durch die hierbei nothwendige Bewegung der Finger wird der Zweck erfüllt. Fischer will sehr gute Resultate mit dieser einfachen Behandlung erzielt haben.

(Memorabilien 1890, 11. Juni).

— Broughton (Philadelph. Med. u. Surg. Reporter 1890, pag. 43) empfiehlt *arsenigsaures Kupfer* gegen die Durchfälle von Phthisikern, acute und chronische Ruhr, Kinderdurchfälle, bei Typhösen, Chlorotischen u. A.; vorgeschlagen wurde das Mittel von Aulde (Therap. Gaz. 1889). Er braucht immer eine Lösung von $^1/_{100}$ Gran des Salzes auf 2 ℥ destillirten Wassers, alle $^1/_4$—$^1/_2$—1 Stunde zu 1 Theelöffel voll, bis der Durchfall aufhört, was gewöhnlich schon nach einigen Stunden geschieht, später wird das Mittel einige Tage lang in grösseren Intervallen gegeben. Bei Abdominaltyphus giebt er, sobald Meteorismus und Druckempfindlichkeit des Unterleibes sich einstellt, zuerst dreistündlich 2Gran Zinc. sulpho-carbolic., als Darmdesinficiens; beim Auftreten der ersten Durchfälle aber die oben angegebene Kupferarsenicallösung halbstündlich zu 1 Theelöffel voll, bis der Durchfall aufhört; bei Erneuerung der flüssigen Stühle wird das Mittel wiederholt.

Cf. Prof. Schultz: Deutsch. med. Woch. 1890, № 18).

Vermicshtes.

— Der Professor der gerichtlichen Medicin an dem hiesigen klinischen Institut der Grossfürstin *Helene Pawlowna*, wirkl. Staatsrath Dr. v. Anrep, ist zum Mitglied des Curatoren-Comités dieses Instituts ernannt worden, unter Entbindung von dem Amte eines Professors.

— Der Professor der operativen Chirurgie an der militär-medicinischen Academie, Prof. Eug. Pawlow, vertauscht diesen Lehrstuhl mit dem der Desmurgie und Mechanurgie, welcher seit dem Abgange Prof. Kaspinski's erledigt war. Da auch Prof. Koschlakow, wie wir bereits mitgetheilt haben, wegen zerrütteter Gesundheit den von ihm eingenommenen Lehrstuhl der therapeutischen Hospitalklinik aufgiebt, so sind wieder zwei klinische Lehrstühle an der Academie in nächster Zeit zu besetzen.

— Der Professor ord. der allgemeinen Therapie und Diagnostik an der Warschauer Universität, Dr. Stolnikow, hat den durch die Berufung Prof. Popow's an die milit.-medicin. Academie vacant gewordenen Lehrstuhl der therapeutischen Hospitalklinik in Warschau übernommen.

— Der Privatdocent der Kasan'schen Universität, Dr. Nikolski, ist zum ausserordentlichen Professor der Pharmakologie an dieser Universität ernannt worden.

— Nach Ausdienung der 25jährigen Dienstfrist sind *auf weitere 5 Jahre im Dienst belassen worden*: der Prof. der Augenheilkunde an der Universität Kiew, wirkl. Staatsrath Dr. Hirschmann; der Prof. der operativen Chirurgie in Charkow, Staatsrath Dr. Dudukalow und der Prof. der Anatomie an der Tomsker Universität, Staatsrath Dr. Maliew.

— *Verstorben:* 1) In Sibirien der Militärarzt N. N. Tschikunow, Mitglied der Omskischen medicinischen Gesellschaft. 2) Am 13. Sept. n. St. in Frankfurt a. M. einer der angesehensten Aerzte dieser Stadt, Sanitätsrath Dr. Joh. Schölles, Mitglied der Verwaltung des Senkenberg'schen medicinischen Instituts, im 59. Lebensjahre. 3) Am 5. September verschied in Mitau der Nestor der Aerzte Russlands und einer der ältesten früheren Jünger der Dorpater Universität, der wirkl. Staatsrath Dr. Carl Gramkau, im Alter von mehr als 84 Jahren. Am 24. Juli 1806 zu Mitau geboren, hat er länger als ein halbes Jahrhundert in seiner Vaterstadt als Arzt gewirkt. Nach Absolvirung des Mitauer Gymnasiums widmete sich Gramkau in den Jahren 1825 und 26 dem Studium der Medicin an der Dorpater Universität und setzte dann seine Studien im Auslande, namentlich Berlin, fort. Seine Thätigkeit als Arzt begann er 1831 in Mitau, wo er anfangs als jüngerer, vom Jahre 1837 an als älterer Arzt und zuletzt als Oberarzt der Anstalten des Collegiums allgemeiner Fürsorge fungirte, bis ihn das zunehmende Alter im Jahre 1887 zum Aufgeben des Dienstes nöthigte. Der Hingeschiedene zeichnete sich durch eine umfassende humanistische Bildung, durch Uneigennützigkeit, Freundlichkeit und Selbstverläugnung als Arzt aus und erfreute sich daher unter seinen Mitbürgern grosser Hochachtung und Liebe, welche sich auch in der allgemeinen Theilnahme aussprach, unter welcher er am 24. December 1880 sein 50jähriges Doctorjubiläum bei noch ungebrochener Kraft feierte.

— Vor Kurzem beging Dr. Molleson in Ssaratow das *25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.* Der Jubilar, welcher zu den bekanntesten und geachtetsten Aerzten in Russland gehört, hat in verschiedenen Gouvernements (Ssamara, Wjatka, Perm, Ssaratow) meist als Landschaftsarzt gewirkt und leitet gegenwärtig das Sanitätsbureau der Ssaratow'schen Gouvernements-Landschaft. M. ist auch auf verschiedenen Gebieten der Medicin vielfach schriftstellerisch thätig gewesen, namentlich hat er sich als Mitredacteur des „Sbornik Permskawo Semstwa" und Redacteur des „Perm'schen epidemiologischen Blattes", welches aus von ihm unabhängigen Gründen einzugehen gezwungen war, verdient gemacht. In nächster Zeit beabsichtigt er ein neues medicinisches Blatt unter dem Titel „Ssaratow'sche Sanitäts-Revue" herauszugeben.

— Am 4. December d. J. begeht der Professor emeritus der operativen Chirurgie an der Universität Kiew, Geheimrath Dr. W. Karawajew sein *50jähriges Jubiläum als Professor.* Als Arzt ist K. bereits 58 Jahre thätig.

— *Die 63. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte* ist am 15. September n. St. in *Bremen* durch den zweiten Vorsitzenden der Gesellschaft, Prof. der Chemie, Dr. A. W. v. Hofmann (Berlin) eröffnet worden. Wie vorauszusehen war, ist nach dem so glänzend verlaufenen internationalen medicinischen Congresse in Berlin, welcher das Interesse der Aerzte vollkommen absorbirt hat, die Betheiligung von Seiten der Aerzte diesmal eine geringere als sonst. Immerhin beläuft sich die Zahl der Theilnehmer an dieser Naturforscherversammlung auf 1838 Herren und 553 Damen. Zum *nächstjährigen Versammlungsort ist Halle a. S.* gewählt worden, obgleich Frankfurt a. M., wo im nächsten Jahre eine grosse electrische Ausstellung stattfinden wird, eine dringende Einladung an die Versammlung gesandt hatte.

— Wie aus Berlin berichtet wird, werden gegenwärtig in der Charité in der Abtheilung Prof. Senator's durch den Stabsarzt Pfuhl Versuche an Menschen mit den Substanzen angestellt, welche Prof. R. Koch auf dem internationalen medicinischen Congresse als die Entwickelung der Tuberkelbacillen bei Thieren hemmende ankündigte.

— In Braunschweig fand in der zweiten Septemberwoche die *16. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege* unter dem Vorsitz des Oberbürgermeisters Bötticher aus Magdeburg statt, an welcher 250 Mitglieder theilnahmen. Unter Anderem wurde die Einführung der obligatorischen Fleischschau in ganz Deutschland angenommen und beschlossen, einen Betrag von 1000 Mark auszusetzen zur Prämiirung der besten Arbeit über Ventilation und Kocheinrichtungen für Arbeiterwohnhäuser.

— Dr. N. W. Postnikow, Besitzer der ältesten Kumysanstalt (existirt seit 1858) bei Ssamara, hat dem „Wratsch" mitgetheilt, dass es ihm nach langjährigen Versuchen endlich gelungen ist, *den Kumys zur Versendung auf weite Entfernungen haltbar zu machen.* Das Wesentlichste dieser Methode besteht in der Erhitzung des Kumys in verschlossenen Gefässen fast bis zum Siedepuncte, wonach derselbe bei den verschiedensten Temperaturen seine werthvollen Eigenschaften bewahren soll. Vor dem Gebrauch muss ein derartig behandelter Kumys durchgeschüttelt werden, da er keine Kohlensäure enthält und der Niederschlag gleichmässig vertheilt werden muss.

— Am 7. September wurde in Moskau die neue geburtshilfliche Klinik auf dem Jungfernfelde eingeweiht. Die Eröffnung der übrigen klinischen Abtheilungen soll im Laufe dieses Monats erfolgen.

— Eine Frau Ayer, deren Mann sich ein grosses Vermögen durch den Verkauf von patentirten Mitteln erworben hat, baut

jetzt in Newyork ein *Hospital für Schwindsüchtige*, welches 3 Millionen Dollars kosten wird. (New-York Med. Rec. — Wr.)

— In Paris ist neuerdings die überraschende Entdeckung gemacht worden, dass der *grösste Theil der Mineralwässer*, welche angeblich aus dem Auslande importirt sind, in Paris *aus dem Seinewasser fabricirt* werden. Eine grosse Anzahl Fabriken soll sich mit Fälschungen solcher Art befassen. (Z. d. Apoth.-Ver.)

— Dr. Cramer hat *über die hygienische Bedeutung der Kleidung* eine Reihe von Versuchen angestellt und dieselben im „Archiv für Hygiene" veröffentlicht. Er stellte zunächst fest, dass die Schweissbildung nicht die Folge einer localen Temperaturerhöhung ist, sondern vom gesammten Körper ausgeht und vom Gehirn aus beeinflusst wird, und dass auch eine locale Abkühlung, wenn sie nicht zu hochgradig ist, nicht im Stande ist, die allgemeine Schweissbildung zu hemmen. Die Schweissbildung ist ferner symmetrisch und z. B. an beiden Füssen vollkommen gleichmässig. In gesundheitlicher Beziehung ist für den Körper die regelmässige Verdunstung des abgesonderten Schweisses die Hauptfrage. Welcher Kleidungsstoff verhält sich nun in dieser Hinsicht am günstigsten? Die Wolle führt die Schweissbestandtheile der Haut am besten nach aussen ab, indem von demselben nach längerem Tragen des Kleidungsstückes die geringste Menge nachgewiesen werden konnte. In zweiter Reihe steht die Jäger'sche Normalwolle. Die Baumwolle hingegen behält jene Bestandtheile in ihren Maschen zurück, ebenso das Leinen, so dass die betreffenden Kleidungsstücke schon nach kurzer Zeit gewechselt werden müssten. Eine Mittelstellung nimmt die Lahmann'sche Reformbaumwolle ein. Die Verschmutzung durch die Hautabsonderungen ist am geringsten bei der Unterhose, mehr als doppelt so gross beim Hemd und mehr als acht Mal so gross bei den Strümpfen. Um eine gleichmässige Verschmutzung zu erzielen, könnte man eine Unterhose 8, das Hemd 4 und die Strümpfe nur 1 Tag tragen. (D. ärztl. Praktiker.)

— Die Stadt Berlin besass im Anfange dieses Jahres bei einer Einwohnerzahl von über 1½ Millionen 1398 Aerzte, 107 Zahnärzte und 120 privilegirte Apotheken. Die Anzahl der Heilanstalten belief sich auf 34, welche 4635 Betten hatten. Es kamen somit, in Procenten gerechnet, auf 10,000 Einwohner 9,32 Aerzte, 0,80 Apotheken und 0,23 Heilanstalten. (A. m. C.-Ztg.)

— In Deutschland, wo alljährlich ca. 160,000 Menschen an Phthisis zu Grunde gehen, wird jetzt ernstlich an die Errichtung von Sanatorien und Reconvalescenten-Heime für unbemittelte Lungenkranke gedacht. Diese Forderung stellt auch der Besitzer der bekannten Lungenheilanstalt zu Reiboldsgrün in Sachsen, Dr. Driver, in einer von ihm soeben herausgegebenen Brochüre, in welcher er die Nothwendigkeit der Errichtung von zahlreichen Volksheilstätten für Lungenkranke klar darlegt. Er weist in dieser Schrift auf England hin, wo es der werkthätigen Fürsorge, welcher sich dort unbemittelte Lungenkranke zu erfreuen haben, bereits gelungen ist, die Zahl der Erkrankungs- und Sterbefälle daselbst fast auf die Hälfte herabzumindern. Nach officiellen Quellen betrug die Einwohnerzahl Englands, welches 18 Hospitäler für Lungenkranke besitzt, die 7000 Kranke aufzunehmen im Stande sind und die mithin durch Uebernahme dieser ebensoviele Seuchenherde dem allgemeinen Verkehr entrücken und unschädlich machen, im Jahre 1848 — 17.340,492, die Gesammtzahl der Todesfälle 398,385 = 22,97 ‰, die Zahl der Todesfälle an Tuberculose 66,025 = 2,97 ‰ der Lebenden, während i. J. 1888 von 28,628,804 Einwohnern insgesammt 510,971 = 17,85 ‰, und darunter an Tuberculose 62,682 — 1,545 ‰ der Lebenden starben. In den 40 Jahren von 1848—88 hat demnach in England eine Verminderung der Gesammttodesfälle um 5,12 pro Mille der Lebenden oder ungefähr um 25 % der Gesammtsterblichkeit, dagegen der Todesfälle an Schwindsucht um 1,425 pro Mille der Lebenden oder nahe an 50 % der Gesammtzahl der Todesfälle an Tuberculose stattgefunden. — Während in allen übrigen Ländern die Zahl der Todesfälle an Tuberculose von Jahr zu Jahr steigt, und zwar bis zu 25 % trotz aller Verbesserungen und Assanirungen der grossen Städte in Bezug auf Canalisation, Abfuhr von Fäcalien, Strassenreinigung etc., fällt diese Zahl in England fortwährend, und zwar um so mehr, je mehr allgemeine Sanatorien zur Aufnahme unbemittelter Lungenkranker errichtet werden.

Vacanz.

— *Landschaftsarztstelle im Kreise Galitsch* (Gouv. Kostroma). Der Arzt hat wenigstens ein Mal monatlich die beiden Feldscherpuncte, welche 30 und 35 Werst von der Stadt Galitsch entfernt liegen, zu bereisen, ausserdem beim Ausbruch von Epidemien die heimgesuchten Ortschaften zu besuchen und die Pockenimpfung zu leiten. Gehalt 1000 Rbl. jährlich, womit er auch die Fahrten und die Wohnung bestreiten muss. Der Wohnsitz des Arztes ist gegenwärtig in der Stadt Galitsch.

☞ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 18. September 1890.

Дозв. ценз. Спб. 13 Сентября 1890 г. Herausgeber **Dr. Th. v. Schröder.** Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.

XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Dr. Theodor von Schröder,

St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 38 St. Petersburg, 22. September (4. October) **1890**

Ein Fall von hochgradiger relativer motorischer Insufficienz des Magens und Atrophie der Magenschleimhaut. Gastroenterostomie.

(Aus dem Deutschen Alexanderhospital für Männer in St. Petersburg.)

Ein Beitrag zur operativen Therapie der Magenkrankheiten

von

Dr. H. Westphalen.

(Schluss.)

Gehen wir nun zum Krankheitsverlaufe über. Aus demselben können wir erkennen, dass mit dem Momente, wo therapeutisch eingegriffen wurde, die subjectiven Erscheinungen vollkommen schwanden und Pat. mit einem Schlage aller seiner Leiden behoben wurde. Als einen weiteren Effect der Behandlung können wir vielleicht noch ansehen die geringe Aufbesserung der Resorptionsverhältnisse der Magenschleimhaut; für eine geringe, jedoch lange nicht ausreichende Verstärkung der Motilität schien auch der relativ frühere Ausfall der Salicylsäurereaction im Urin nach Einbringen des Salols in den Magen zu sprechen. Wenn auch in diesen Puncten eine gewisse Besserung unverkennbar ist, so weist doch die continuirliche durch keine therapeutischen oder diätetischen Maassregeln aufgehaltene Abnahme des Körpergewichtes auf eine progressiv fortschreitende lebensbedrohliche Ernährungsstörung hin. Anfangs konnte dieses Sinken des Körpergewichtes auf eine vielleicht unzureichende Ernährung bezogen werden. Infolge dessen wurde die Diät dahin modificirt, dass Pat. durchschnittlich täglich ca. 200,0 Eiweiss, 357,0 Kohlehydrate und 69,0 Fett erhielt, eine Menge von Nahrungsstoffen, welche das von Voit für den normalen ruhenden Menschen geforderte Kostmaass übersteigt. In späterer Zeit genoss Pat. die Kost unserer übrigen Patienten I. Classe, welche dabei gut gedeihen und meist sehr gute Fortschritte in der Zunahme des Körpergewichtes machen. Trotzdem sank das Gewicht und magerte Pat. zusehends von Tage zu Tage ab. Da eine maligne Neubildung mit grosser Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden konnte, die Darmfunctionen gut vor sich gingen, auch die Fäces, soweit sich solches mikroskopisch beurtheilen lässt, keine Abweichung von der Norm darboten, so blieb als einzige Erklärung des unaufhaltsamen Körperschwundes nur noch die Annahme eines mangelhaften Uebertritts der Ingesta in den Darm übrig. Wie die Verdauungs- und Resorptionsversuche zeigten, fand von Seiten des Magens so gut wie gar keine Resorption und Verdauung statt und auch vom Darm, welcher ja bekanntlich compensatorisch für den Magen eintreten kann, musste zu wenig resorbirt werden, voraussichtlich weil zu wenig in den Darm übergeführt wurde. Mit dieser Voraussetzung stimmen auch die Resultate der in immer 2wöchentlichem Abstande vorgenommenen Versuche nach der Oelmethode Klemperer's überein, welche es noch am ehesten gestatten, die Leistungsfähigkeit der Magenmusculatur quantitativ abzuschätzen. Wie schon Litten und Rosenheim hervorheben, pflegt der Ernährungszustand der Pat. mit atrophischem Magencatarrh ein relativ guter zu sein so lange, als die Motilität des Magens keine tiefere Schädigung erfahren hat und der Darm die Magenverdauung zu compensiren im Stande ist. Erst mit dem Moment, wo sich eine motorische Insufficienz des Magens heranzubilden beginnt und eine Retention der Ingesta im Magen stattfindet, pflegt die Inanition stärker in den Vordergrund zu treten, so dass solche Pat. gewissermaassen einem chronischen Hungertode entgegensehen. Ich glaube nun, dass wir es in unserem Falle mit diesem Stadium zu thun haben, wenigstens weisen die experimentelle Prüfung und die theoretische Ueberlegung darauf hin, dass der von Litten und Rosenheim so gefürchtete Moment bei unserem Pat. schon eingetreten ist. Allerdings complicirt sich hier zum grössten Theile das Krankheitsbild durch den Befund an der Lunge. Da aber trotz häufiger und sorgfältiger Untersuchung sich die Verhältnisse im oberen rechten Lungenlappen in keinem Puncte änderten, namentlich niemals Rasselgeräusche gehört wurden, so konnte man annehmen, dass wir es hier mit einem höchst wahrscheinlich tuberculösen, momentan aber stationären Processe der Lunge zu thun hatten, welcher namentlich bei Abwesenheit aller Fiebererscheinungen unmöglich zur Erklärung der constanten Körpergewichtsabnahme hätte herangezogen werden können.

Die durch fast 2 Monate beobachtete unaufhaltsam fortschreitende Inanition unseres Kranken einerseits, welche ihn einem baldigen sicheren Tode entgegenführte, und der völlige Misserfolg unserer therapeutischen Bemühungen andererseits waren es, welche mich auf den Gedanken brachten, ob nicht möglicherweise doch noch eine Rettung durch einen operativen Eingriff erzielt werden könnte, wenn es gelingen sollte grössere Mengen von Nahrungsmaterial im Darme zur Assimilation zu bringen. Wie schon er-

wähnt, musste der stetige Eiweisszerfall im Körper auf einen mangelhaften Uebertritt der Speisen aus dem Magen in den Darm zurückgeführt werden. Dieser Umstand fand wiederum seine Erklärung in der motorischen Insufficienz des Magens, dessen motorische Kräfte, wie aus dem Status hervorgeht, keineswegs völlig geschwunden, aber schwer geschädigt waren und nicht mehr hinreichten, um das Nahrungsgemisch aus dem tief gelegenen Fundus durch den höher oben fixirten Pylorus hindurchzubringen. Es lagen mithin die Verhältnisse ähnlich wie bei einer organischen Pylorusstenose. Wie man bei einer solchen durch eine Gastroenterostomie für längere Zeit Abhilfe zu schaffen im Stande ist, so lag es auch nahe daran zu denken, ob nicht auch im vorliegenden Falle durch einen erleichterten Uebertritt der Ingesta in den Darm auf operativem Wege dem Pat. das Leben vielleicht auf längere Zeit erhalten werden könnte. Da ja „das Pankreas eine Verdauungsdrüse ist" (Bunge[40]) und sein Saft alle der Verdauung dienlichen Substrate enthält, welche den Dünndarm befähigen vicariirend für den Magen einzutreten, was auch weiter durch die Versuche von Czerny und Kaiser[41]) und Ogata[42]) und die klinischen Erfahrungen von v. Noorden[43]) bewiesen wird; da ferner der Reiz der in den Magen eingeführten Ingesta anscheinend genügt, um den Pankreassaft reflectorisch zur Abscheidung zu bringen (Heidenhain und Bernstein[44]), so dürfte die theoretische Berechtigung einer solchen Operation auch bei einem nicht an organischer Pylorusstenose leidenden Individuum anerkannt werden können. Für einen operativen Eingriff schien auch neben den relativ günstigen Resultaten einer gelungenen Gastroenterostomie (Rockwitz[45]) auch namentlich die Beobachtung von Rydygier und Jaworski[46]) zu sprechen, welche ein gastroenterostomirtes Individuum vor und nach der Operation in Hinblick auf die Magendarmfunctionen untersucht haben. Hierbei handelte es sich um einen Pat. mit mässiger Dilatation des Magens wegen Carcinom des Pylorus, Verlust der Salzsäurereaction und der Labfermentabscheidung, starker Beeinträchtigung der Pepsinsecretion und reichlichem Vorhandensein von Gährungserregern im Magen. Nach der Operation änderte sich dieses Alles sehr wesentlich. Das Körpergewicht nahm zu, die subjectiven Beschwerden verloren an Intensität, das Volumen des Magens verkleinerte sich, die Gährungserreger verschwanden aus dem Magen. trotzdem die Drüsensecretion nach wie vor der Operation vermisst wurde und der Magensaft alkalisch reagirte. Wenn auch noch immer eine Verspätung des Uebertrittes der Ingesta in den Darm constatirt werden konnte, so schien doch die Eliminationszeit aus dem Magen sich mehr der normalen zu nähern; auch konnte aus dem Auftreten der Jodkaliprobe nach 4—8 Min. auf eine Besserung der Resorptionsverhältnisse des Magens geschlossen werden. Die Untersuchungen betr. die Darmthätigkeit führten zu dem Resultate, dass am vollständigsten die Stärke, schlechter das Fleisch, am schlechtesten das Fett im Verdauungscanale ausgenutzt wurde; auch hatte es den Anschein, als ob zu wenig Galle in den Darmcanal abgegeben wurde, ein Umstand, welchen Rydygier und Jaworski namentlich mit dem Uebergreifen des Carcinoms auf die Leber in Verbindung bringen.

Allerdings können die Resultate einer Gastroenterostomie wegen Undurchgängigkeit des Pylorus bei relativ wohl erhaltener Function der Magenmusculatur nicht vollständig auf die Verhältnisse bei unserem Pat. übertragen werden. Immerhin glaube ich doch annehmen zu dürfen, dass die Anlegung einer Oeffnung an der tiefsten Stelle des Magens bei thatsächlich noch vorhandener, wenn auch stark geschwächter Muskelthätigkeit des Magens im Stande sein dürfte, das Hinderniss für die Magenentleerung herabzusetzen.

In Hinblick auf die erwähnten Auseinandersetzungen wurde als das einzige Mittel, welches bei unserem Kranken zu einer gewissen Hoffnung berechtigte, die Vornahme der Gastroenterostomie mit Bewilligung des Oberarztes Herrn Dr. Moritz beschlossen und die Ausführung derselben von Herrn Dr. Selenkow in liebenswürdigster Weise übernommen.

Dr. Selenkow: „Die Gastroenterostomie wurde in Chloroform-Cocain-(0,02)Narkose nach den bekannten Wölfler-Rydygier'schen Vorschriften ausgeführt. In der Erwartung, den Magenfundus tief liegend zu finden, legte ich den Bauchdeckenschnitt etwas tiefer an, musste ihn aber nachher aufwärts verlängern, um den contrahirten Magen zu erreichen. Die Auffindung der Plica duod. jejunal. gelang sofort ohne alle Schwierigkeiten; die Abzählung von ca. 50 Ctm. abwärts geschah innerhalb der Bauchhöhle. Nach Fixation durch die Finger des Assistenten und Längsincision der Darmconvexität von 4 Ctm. und Unterbindung der blutenden Gefässe wurde der Magenfundus durch 2 nicht perforirende Seidenfäden angeschlungen und herabgezogen, dann der hintere Darmwundrand durch fortlaufende Serosanaht an der Magenwand fixirt; darauf Incision durch die ganze Dicke der Magenwand, circuläre fortlaufende Naht der Schleimhaut (zweimal unterbrochen), Naht des vorderen Serosarandes, welche noch durch mehrere Lembertnähte in dritter Reihe verstärkt wurde. Weder Spannung noch Compression des Colon transversum wurde beobachtet.

Nach Schluss der Bauchwunde erholte sich Pat. bald von der leichten Narkose (15,0—20,0 Chloroform), der Puls und Kräftezustand hatten durch 1½-stündige Operation durchaus nicht gelitten. Abends fand ich den Pat. ruhig seine Cigarette rauchend, ohne Schmerzen."

Die Operation fand am 23. Oct. Vormittags statt. Am 24. Oct. Abends erhält Pat. zum ersten Male etwas consistentere Nahrung in Form von saurer Milch. Schon am Abend des 23. Oct. trat beginnender Collaps ein, der durch keinerlei therapeutische Maassnahmen (intravenöse und subcutane Kochsalzinfusion, Enteroclyse etc.) aufgehalten werden konnte und den Tod des Pat. am 25. Oct. zur Folge hatte.

Der Tod war am 25. October um Mittagszeit erfolgt. Eine Viertelstunde darauf injicirte ich vermittelst eines Schlundrohres, wie solches von Dumaschino[47]) empfohlen wird, in den Magen ca. ¼ Liter 95° Alkohols.

Die von mir ausgeführte Section fand am 26. Oct. 19 Stunden p. m. statt.

Auszug aus dem Sectionsprotokoll:

Bei Eröffnung der Bauchhöhle erscheinen die der Operationswunde zunächst gelegenen Darmschlingen mit einander und mit der vorderen Bauchwand locker blutig fibrinös verklebt. Das Peritoneum viscerale nur in der Umgebung der Wunde stärker ecchymosirt und mit zarten fibrinösen Membranen belegt. Keine Spur von Eiterbildung. In den unteren Abschnitten der Bauchhöhle findet sich das Convolut der Dünndarmschlingen. Etwas oberhalb der Nabelhorizontalen steigt eine Dünndarmschlinge mit 2 Schenkeln quer über das Colon transversum, über dasselbe hinwegziehend nach oben und ist daselbst an der grossen Curvatur des Magens durch Suturen fixirt. *Pleurahöhlen* leer. Am *Herzen* die Erscheinungen einer leichten Pigmentatrophie. *Bronchialdrüsen* rechts und links bis auf eine starke Pigmentirung unverändert. In den grossen *Bronchen* beider Lungen die Schleimhaut stark geschwollen und hyperämisch, in den kleineren Bronchen dicke schleimig-eitrige Massen, die auf Durchschnitten durch das Lungengewebe als grössere und kleinere Eiterpuncte hervortreten. Das Gewebe der *linken Lunge* stark hyperämisch und ödematös, keine Einlagerung tuberculöser Elemente. Die *rechte Lunge* von derselben Beschaffenheit, erscheint jedoch im Bereiche des oberen Lappens mit der Brustwand verwachsen und ist daselbst von einer Anzahl erbsen- bis haselnussgrosser Cavernen durchsetzt, die mit einem trüben, grauen, eiterähnlichen Inhalte erfüllt sind. Die Wand der Cavernen theils geschwürig zerfallen, theils geglättet. Gegen die Umgebung grenzt sich der Zerfall des Lungen-

[40]) Bunge: Lehrbuch der physiologischen und pathologischen Chemie. Leipzig 1887, p. 160.

[41]) Czerny: Beiträge zur operativen Chirurgie. Stuttgart 1878. cit. nach Bunge.

[42]) Ogata: Ueber die Verdauung nach Ausschaltung des Magens. Du Bois' Arch. 1883. cit. nach Bunge.

[43]) v. Noorden: Ueber die Ausnutzung der Nahrung bei Magenkranken. Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 17, 1890.

[44]) Nach Landois: Lehrbuch der Physiologie des Menschen. 6. Aufl. Wien 1889, p. 321.

[45]) Rockwitz: Die Gastroenterostomie an der Strassburger chirurgischen Klinik. D. Zeitschr. f. Chir., Bd. 25, 1887.

[46]) Rydygier und Jaworski: Ein Fall von Gastroenterostomie nebst Untersuchungen über das Verhalten der Magendarmfunction nach erfolgter Heilung. D. med. W. 1889, № 14.

[47]) Dumaschino: Note sur un nouveau procédé pour l'étude des lésions de l'estomac. Gaz. médicale 1880, № 8.



gewebes durch eine mehr oder weniger breite Zone bindegewebig geschrumpften Lungengewebes ab. An anderen Stellen wiederum erkennt man in der Nähe der Cavernen innerhalb des Lungengewebes vereinzelte kleine Käseherde, sowie einige graue miliare Knötchen, welche jedoch in den übrigen Theilen der rechten Lunge vermisst werden. Im Uebrigen erkennt man in dem unteren Lappen der rechten Lunge ziemlich scharf umschriebene kleinere und grössere Hepatisationsherde, welche bald mehr roth, bald grau gefärbt erscheinen.

Leber von normaler Beschaffenheit, die *Milz* in mässigem Grade atrophisch. *Pankreas. Nebennieren* und *Nieren* ohne Veränderung.

Bei vorsichtiger Präparation gelingt es zu erkennen, dass das Jejunum ca. 50 Ctm. von der Plica duodeno-jejunalis an der grossen Curvatur des Magens ca. 3 Querfinger vom Pylorus fixirt ist und mit dem Mageninnern durch eine ca. 2 Finger breite Oeffnung communicirt.

Im *Duodenum* gallig gefärbter alkoholischer Inhalt, sowie reichliche Caseinflocken. Der im gehärteten Zustande für einen dicken Federkiel durchgängige Pylorus zeigt eine völlig unveränderte Schleimhaut. Die Muscularis ca. 2 Mm. dick, an derselben wie auch an der Serosa keine Abnormität erkennbar. Im Magen mit Caseinbröckeln untermischter Alkohol. Ein ähnlicher Inhalt, aber in geringerer Menge, auch in den beiden Schenkeln der an den Magen fixirten Jejunumschlinge, besonders aber in dem vom Duodenum führenden Theile derselben.

Der *Magen* über Mittelgrösse. Die Mucosa an einigen wenigen Stellen in der Nähe des Pylorus verdickt und faltig, an anderen Stellen zeigt wiederum die Schleimhaut keine Veränderung, geht aber in diffuser Weise in grosse, namentlich am Fundus belegene Partien über, wo eine Mucosa völlig zu fehlen scheint und die innere Fläche des Magens ein mehr bindegewebiges Aussehen darbietet. An solchen Stellen, welche fast den ganzen Fundustheil und die grosse Curvatur betreffen, erscheint denn auch die Magenwand stark durchscheinend und in hohem Grade verdünnt. Eine mehr oder weniger circumscripte Narbenbildung ist weder am Pylorus, noch sonst einem Theile des Magens zu erkennen.

Im unteren Abschnitte des Jejunum und im Ileum dünnflüssiger galliger Inhalt. Im Coecum und Colon gleichfalls recht dünner Koth. In der Umgebung der Fixationsstelle des Jejunum an den Magen mehrfache Blutaustritte in die Mucosa. Die Vereinigung der beiden Eingeweide durch Suturen mit einander ist eine vollkommen feste. Die Mucosa der übrigen Abschnitte des Jejunums ziemlich blass, unverändert. Von ähnlicher Beschaffenheit auch die Schleimhaut des Ileums, nur treten hier die lymphatischen Apparate der Darmwand auffallend deutlich hervor. Gegen das Coecum hin gewinnt die Schleimhaut ein mehr sammetartig geschwelltes Aussehen, sie ist stark hyperämisch, in grösserer Ausdehnung ecchymosirt und hier und da oberflächlich verschorft. Je näher zum Coecum, umsomehr gewinnt dieser Process an Intensität und Ausdehnung, auch weisen die Schorfbildungen eine grössere Flächenausdehnung auf. Am ausgesprochensten ist die Nekrose auf der Höhe der Falten. Vielfach sind die Schorfe abgehoben; wo sie vorhanden sind, erkennt man die darunter liegende, stark geschwellte und geröthete Schleimhaut. Im Coecum und Colon zeigt die Mucosa so gut wie gar keine Veränderung und nur im Rectum lässt dieselbe stellenweise eine stärkere Röthung und einige Ecchymosen erkennen.

Die retroperitonealen und mesenterialen Drüsen unverändert.

Die *Harnblase* enthält geringe Mengen klaren Urins, ihre Wand unverändert.

Die *Aorta* desc. thorac. und abdom. zeigt in der Intima vereinzelte gelbe Flecken.

***Anat. Diagnose**: Gastritis glandul. chron. mit Uebergang in Atrophie der Mucosa. Gastroenterostomie, acuter Catarrh des Ileums mit Uebergang in Nekrose der Schleimhaut. Chronische tuberculös ulceröse Pneumonie der rechten Lungenspitze mit Cavernenbildung. Braune Atrophie des Herzens. Bronchitis. Lobuläre Infiltrate der rechten Lunge. Lungenödem.*

Gehen wir nun zu der pathologischen Anatomie des sog. atrophischen Magencatarrhs über. Von den Autoren werden gewissermaassen 2 Formen desselben unterschieden. Zunächst die Cirrhose des Magens. Dieselbe charakterisirt sich anatomisch durch den Schwund der drüsigen Elemente des Magens infolge einer hochgradigen interglandulären Bindegewebswucherung und durch eine Hypertrophie aller Bestandtheile der Magenwand, und führt zu einer mehr oder minder starken Verdickung der Magenwand und zu einer Verkleinerung des Mageninnern. (Bruch[48]), Brinton[49]), Leube[50]), Lesser[51]), Nothnagel[52]), Hanot et Gombeault[53]), Schirren[54]) u. A. m.). Diesem Typus steht ein anderer gegenüber. Hierbei handelt es sich um eine mehr oder weniger ausgebreitete Atrophie der Magenmucosa ohne jegliche Verdickung der Magenwände. Diese Form hat namentlich in Fenwick, Lewy, Ewald, Kinnickus. Rosenheim, Meyer, Schirren ihre Bearbeiter gefunden. Die Resultate dieser Forscher lassen sich dahin zusammenfassen, dass es wohl infolge einer chron. Gastritis, aber auch bei anderen Krankheitszuständen, nicht als eine Krankheit sui generis, zu einer immer stärkeren Verfettung der Drüsenzellen und einer interglandulären Bindegewebswucherung innerhalb der Magenmucosa kommt. Mit der Schrumpfung des Bindegewebes atrophiren die Drüsen und wandelt sich schliesslich die Mucosa in eine dünne Narbenmasse um, innerhalb welcher ganz vereinzelte Reste ehemaliger Drüsensubstanz entdeckt werden können. Auf Grund seiner Untersuchungen theilt Meyer, wenn ich ihn richtig verstanden habe, den atrophischen Magencatarrh — die Magenphthise, wie er sie bezeichnet — noch in 2 weitere Abtheilungen ein, den parenchymatösen Typus und den interstitiellen. Bei ersterem soll der Process mit einer trüben Schwellung und fettigen Degeneration der Drüsenzellen und einer kleinzelligen Infiltration an der Magenoberfläche beginnen und sich gegen die Submucosa fortsetzen, welche ebenso, wie die Muscularis mucosae, verdickt gefunden wird. Bei der interstitiellen Form beginnt im Gegentheil der Process in den tieferen Schichten der Magenschleimhaut und schreitet von da ab gegen die Oberfläche zu. Die Muscularis mucosae schwindet hierbei vollständig. Uebergänge der einen Form in die andere finden vielfach statt.

Was meine eigene Untersuchung des vorliegenden Falles anbetrifft, so bin ich in der Lage, die Angaben der Autoren in jeder Hinsicht zu bestätigen.

Wenn ich in Kürze recapitulire, so fand sich bei der Section die Magenwand in der Nähe der Cardia annähernd normal dick, im Fundus und an der grossen Curvatur stark verschmälert. Bezüglich der Mucosa macht das Sectionsprotokoll die Angabe, dass der grösste Theil der Magenoberfläche, speciell im Fundus, eine anscheinend bindegewebige Beschaffenheit zeigte. Daneben erkannte man jedoch noch mehrfach Stellen, wo die Schleimhaut ein ziemlich normales Aussehen darbot und continuirlich in die atrophischen Partien überging. Schliesslich liessen sich noch in den an den Pylorus grenzenden Theilen der grossen Curvatur Stellen entdecken, wo die Mucosa einen entschieden geschwellten Eindruck machte. Diese geschwellten Theile der Magenwand zeigen unter dem Mikroskop[55]) folgendes Bild: Die Mucosa erscheint stark verbreitert und erinnert vielfach an die Structur eines Adenoms, zwischen den zahlreichen Drüsenschläuchen findet sich ein zellenreiches zartes Zwischengewebe, welches die einzelnen Drüsen von einander trennt. Gegen die Oberfläche geht dieses Zwischengewebe in ein etwas derberes, zellenärmeres, aber immer noch zartes gefässhaltiges Zwischengewebe über, durch dessen Verbreiterung die einzelnen Drüsenschläuche weiter von einander entfernt werden. Daselbst erkennt man bald in der Tiefe der Mucosa, bald oberflächlicher belegene Anhäufungen von einkernigen, den Granulationszellen ähnlichen Zellen. Die Oberfläche der Mucosa erscheint uneben, papillär, zottig. Das Cylinderepithel überall erhalten.

Schliesslich gewahrt man noch zahlreiche cystöse Erweiterungen der Drüsen mit Abplattung der Epithelien. In ihrem Innern enthalten diese Cysten homogene, feinkörnige und feinfädige Massen, sowie mehr oder weniger reichliche, feine, schwärzliche Pigmentmolecule. An der Muscularis mucosae und der Muscularis ist keine Veränderung zu constatiren, auch die Submucosa

---

[48]) Bruch: Zeitschr. f. rat. Med. 1849, VIII, Bd. 3, Heft 1.

[49]) Brinton: Krankheiten des Magens; übers. von Bauer. Würzburg 1862, pag. 220.

[50]) Leube: Ziemssen's Handb. d. spec. Pathol. u. Ther. VII, H. 2, pag. 55.

[51]) Lesser: Cirrhosis ventriculi. Inaug.-Diss. Berlin 1876.

[52]) l. c.

[53]) Hanot et Gombeault: Etude sur la gastrite chronique avec sclérose sous-muqueuse hypertrophique et retro-peritonitis colleuse. Arch. de physiol. norm. et pathol. 1883.

[54]) Schirren: Ein Beitrag zur Kenntniss von der Atrophie der Magenschleimhaut. Inaug.-Diss. Kiel 1888.

[55]) Die Präparation war die gewöhnliche: Härtung in Alkohol, dann kamen die in grössere und kleinere Quadrate zerlegten Theile der Magenwand in absoluten Alkohol, dann in Aether, Collodium, wurden hierauf in Celloidin eingebettet, auf dem Thoma-Jung'schen Mikrotom geschnitten, mit Alauncarmin-Hämatoxylin gefärbt und nach vorangehender Klärung in Origanumöl in Xylol-Canadabalsam eingeschlossen. Die mikroskopische Durchmusterung wurde mit dem Zeiss'schen Mikroskop bei Anwendung verschiedener Linsensysteme ausgeführt.

scheint, mit Ausnahme einer kleinzelligen Infiltration in der Umgebung der Gefässe, keine Veränderung darzubieten.

Die Resultate der mikroskopischen Untersuchung von Präparaten, welche makroskopisch den Eindruck eines allmäligen Ueberganges der normalen Schleimhaut in die atrophische machten, sind folgende: Innerhalb der anscheinend normalen Partien erscheint die Mucosa ziemlich breit, normal beschaffen, die Drüsenschläuche parallel dicht neben einander gelagert, das Oberflächenepithel erhalten, die Oberfläche uneben, den Drüsenseptis entsprechend zottig. Gegen die atrophischen Theile hin erkennt man namentlich in den oberflächlichen Abschnitten der Mucosa, aber auch vereinzelt in den tieferen Schichten, anscheinend zwischen den Drüsen befindliche Herde kleinzelliger Infiltration. Je weiter man das Präparat gegen die atrophischen Partien hin verfolgt, um so zahlreicher und ausgedehnter werden diese Herde, confluiren vielfach mit einander und scheinen die Drüsenschläuche theils auseinander zu drängen, theils dieselben zum Verschwinden zu bringen. Schliesslich wird die Mucosa fast ausschliesslich aus Rundzellen gebildet, zwischen denen sich ganz vereinzelte Drüsenlumina oder Reste von Drüsen erkennen lassen. Dieser zelligen Wucherung entsprechend verdünnt sich die Mucosa immer mehr und verliert ihre unebene Oberfläche und wird mehr glatt. Das sie bedeckende Cylinderepithel zeigt vielfach Abplattungen und verschwindet auf einige Strecken ganz vollständig. An anderen Stellen zeigt wiederum die kleinzellige Infiltration eine ausgesprochene Neigung, sich in ein zellenärmeres fibrilläres Bindegewebe umzuwandeln, so dass schliesslich die Mucosa ausschliesslich aus parallel zur Magenwand gerichteten Bindegewebszügen gebildet wird, die oft mit Cylinderepithel bedeckt sind, oft eines solchen entbehren und der Mucosa eine glatte, durch einige zottige Hervorragungen unterbrochene Oberfläche verleihen. Innerhalb dieser Bindegewebszüge erkennt man höchst vereinzelt Drüsenlumina oder Reste von Drüsen in der Form hyaliner Schollen, wie solches von Rosenheim beschrieben wird, sowie zahlreiche cystische Abschnürungen der Drüsen. Im Innern dieser immerhin recht kleinen, kaum stecknadelkopfgrossen Cysten findet sich ein häufig abgeplattetes Cylinderepithel, hyaline und granulirte oder feinfädige Massen, die oft von schwärzlichem Pigment durchsetzt werden. An denjenigen Abschnitten, welche den höchsten Graden der Atrophie entsprechen, findet sich an Stelle der Mucosa eine schmale Zone fibrillären, von Rundzellen durchsetzten, gefässhaltigen, faserigen Bindegewebes, innerhalb dessen kaum noch Spuren ehemaliger Drüsensubstanz zu erkennen sind. Die Oberfläche erscheint glatt und von Epithel fast völlig entblösst.

Hand in Hand mit den atrophischen Processen der Mucosa gehen auch die Veränderungen an den übrigen Magenhäuten. Die Muscularis mucosae erscheint innerhalb der atrophischen Bereiche der Schleimhaut nicht hochgradig verändert, meist normal breit und zeigt häufig die Erscheinungen einer kleinzelligen Rundzelleninfiltration. Die Submucosa erscheint verschmälert, verliert ihren lockeren bindegewebigen Charakter und nimmt eine derbere sclerotische Beschaffenheit an. Vielfach lassen sich in derselben Rundzellenanhäufungen um die Gefässe erkennen, auch zeigen die Arterien die Erscheinungen einer Bindegewebsneubildung in der Intima, eine obliterirende — wohl auch compensatorische Endarteritis (Thoma). Schliesslich begegnet man in der Submucosa stellenweise grösseren und kleineren Blutaustritten in das Gewebe, welche übrigens auch in der Mucosa mehrfach angetroffen wurden.

Am stärksten erscheint im Fundustheile des Magens die Muscularis verändert zu sein. Dieselbe wandelt sich in ein schmales derbes Band um, färbt sich schlecht und lässt auffallend wenig stäbchenförmige Kerne hervortreten.

Um das Verhältniss der normalen Stellen der Magenwand zu den atrophischen Partien derselben zu illustriren, sei es mir gestattet, einige Zahlen anzugeben, welche als das Mittel aus mehreren Messungen anzusehen sind.

Normale Partien.	Mucosa . . .	= 0,6 Mm.
	Musc. mucos.	= 0,05 „
	Submucosa .	= 0,3 „
	Muscularis .	= 0,7 „
Fundustheil.	Mucosa . . .	= 0,05 Mm.
	Musc. mucos.	= 0,01 „
	Submucosa .	= 0,2 „
	Muscularis .	= 0,13 „

Am Pylorus erscheint die Schleimhaut stellenweise kleinzellig infiltrirt, was mehrfach eine leichte Atrophie der Schleimhaut zur Folge hat. Daneben erkennt man mehrfach Cystenbildungen. Soweit die Schleimhaut annähernd normal erscheint, ist das Oberflächenepithel erhalten und verschwindet nur über den atrophischen Partien. Muscularis mucosae ohne Veränderung. Die Submucosa und die Muscularis bis auf eine verschieden starke, kleinzellige, perivasculäre Infiltration ganz normal. Die Breite der Mucosa an verschiedenen Stellen 0,1—0,8 Mm., diejenige der Muscularis mucosae 0,1 Mm., der Submucosa sehr wechselnd, der Muscularis durchschnittlich 1,5 Mm.

Im Bereiche der kleinen Curvatur des Magens lassen sich innerhalb der Muscularis keinerlei Abweichungen vom Normalen erkennen, die Submucosa und Muscul. mucosae mehrfach stark kleinzellig infiltrirt, im Uebrigen normal beschaffen, in der Mucosa vielfach Uebergänge in Atrophie durch Vermittelung kleinzelliger Infiltrationsherde sowohl an der Oberfläche, als auch in der Tiefe der Schleimhaut.

Fassen wir nun die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung zusammen, so will es mir scheinen, als ob die von mir gewonnenen Bilder völlig mit den Befunden anderer Untersucher (Lewy, Ewald, Rosenheim u. A.) übereinstimmen. Von Meyer weichen meine Untersuchungsresultate, die auch mit den Angaben Schwalbe's übereinstimmen, insofern ab, als ich keine so ausgesprochene scharfe Localisirung des pathologischen Processes in den oberflächlichen und tieferen Mucosaschichten habe erkennen können, wie solches von diesem Autor beschrieben wird. Ich habe mehrfach Gelegenheit gehabt, die kleinzellige Infiltration in verschiedener Höhe der Mucosa an einem und demselben Schnittpräparate beobachten zu können. Im Allgemeinen wäre ich geneigt, die Erkrankung in unserem Falle als eine vorzugsweise interstitielle aufzufassen, bei welcher es sich zunächst um eine interglanduläre kleinzellige Rundzelleninfiltration der Schleimhaut, wohl im Anschluss an eine chronische Gastritis, handelt. Dieselbe erleidet nach Art aller interstitiellen Processe eine Umwandlung in fibrilläres Bindegewebe mit consecutiver Schrumpfung, wobei die drüsigen Elemente des Magens theils abgeschnürt und in Cysten umgewandelt, theils durch Atrophie zum Schwinden gebracht werden. Ob die Drüsen selbst gleichzeitig oder vielleicht sogar primär eine trübe Schwellung und fettige oder colloide Degeneration erfahren, habe ich mir, da meine Untersuchungen nur an mit Alkohol gehärteten Präparaten stattfanden, kein Urtheil bilden können, möchte es aber für wahrscheinlich halten, umsomehr, als von anderer Seite her derartige Veränderungen des Drüsenepithels übereinstimmend mit grossem Nachdrucke betont werden. Hinsichtlich der Veränderung der übrigen Magenhäute wäre zu erwähnen: Da die höchsten Veränderungen und der stärkste Grad der Verdünnung der Muscularis gerade den Fundustheil des Magens betrifft, da ferner, wie die Schnitte aus der kleinen Curvatur belehren, die Atrophie der Mucosa nicht Hand in Hand mit einer Verdünnung der Muscularis zu gehen braucht, so liegt es nahe, die Atrophie und Sclerose der Muscularis des Magens auf rein mechanische Verhältnisse, auf eine Dehnung der Magenwand, zu beziehen. Wie schon Rosenbach des Näheren ausgeführt hat, ist der Magenfundus gerade der Theil, welcher auch bei durchgängigem Pylorus, aber bei gleichzeitig insufficienter Magenmuskulatur die stärkste Dehnung erfahren muss.

Bei Besprechung der Aetiologie des atrophischen Magencatarrhes fordert Meyer dazu auf, dem pathologisch-anatomischen Verhalten der nervösen Elemente des Magens bei dieser Krankheitsform eine grössere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Wenngleich er auch im Allgemeinen den Standpunct der meisten Autoren theilt, dass die Atrophie der Mucosa als das terminale Stadium des einfachen oder mucösen Catarrhes der Magenschleimhaut aufzufassen sei, lässt er es jedoch noch offen, ob nicht ein ätiologischer Zusammenhang zwischen der Atrophie der Mucosa und einer primären Erkrankung der nervösen Plexus des Magens bestehen könne. Meyer stützt sich hierbei auf die Beobachtungen von Blaschko, Sasaki und Jürgens, welche Atrophie des Intestinaltractus in Verbindung mit einer fettigen Degeneration der Meissner'schen und Auerbach'schen Plexus beschrieben haben. Detailuntersuchungen habe ich in dieser Richtung nicht anstellen können, wohl ist es mir aber aufgefallen, dass namentlich innerhalb der Fundusabschnitte des Magens Nervenfaserbündel vermisst wurden, die ich wiederum in anderen Regionen des Magens in reichlicher Zahl auffinden konnte. Ich wäre geneigt diesen negativen Befund durch eine Atrophie der Nerven infolge eines verstärkten Wanddruckes im Bereiche des Magenfundus zu erklären. In wie weit je-



doch den Nerven primär an dem Zustandekommen der Atrophie der Mucosa ein Antheil zufallen mag, ist eine Frage, die zu beantworten ich mich ausser Stande sehe.

Auf die theoretische Berechtigung einer Gastroenterostomie auch bei völliger Wegsamkeit des Pylorus, aber bei hochgradig insufficienter Magenmuskulatur, welche einen lebensbedrohlichen Schwächezustand infolge mangelhaften Uebertrittes der Ingesta in den Darm bedingt, ist schon oben hingewiesen worden. Ich glaube auch, dass der letale Ausgang unseres Falles in Zukunft keine Contraindication gegen die Vornahme der Operation in ähnlichen Fällen abgeben kann.

Zunächst ist die Diagnose, auf welcher sich unser Handeln aufbaute, durch die Section und die sich daranschliessende mikroskopische Untersuchung des Magens bewiesen. Es handelte sich in der That um eine fast totale Atrophie der Magenmucosa, auch erklärte sich die schwere Schädigung der Motilität des Magens hinreichend durch die starke Verdünnung der Magenmuskulatur. Auch der Pylorus zeigte weder makroskopisch noch unter dem Mikroskop irgend welche stenosirende Veränderungen. Allerdings konnte von dem Duodenum aus der kleine Finger mit Mühe durch den Pylorus durchgezwängt werden, was auf eine organische Enge des Pförtners hätte hinweisen können. — Zunächst könnte an eine angeborene Verengerung des Pylorus gedacht werden. Auf die Schwierigkeit einer solchen Diagnose in Fällen, wo nicht andere Veränderungen in der Wand des Pförtners auf den richtigen Weg leiten, macht schon Maier[56]) aufmerksam. In unserem Falle musste die Erkennung eines solchen pathologischen Zustandes geradezu unmöglich werden, wo der Pylorus durch die bald nach dem Tode ausgeführte Alkoholanfüllung des Magens nothwendigerweise verengt erscheinen musste. Zur Controlle habe ich den Magen eines anderen Verstorbenen, der an keinerlei Magenerscheinungen laborirt hatte, gleichfalls $^1/_4$ Stunde nach dem Tode mit Alkohol gefüllt und auch hier eine wesentliche Enge des Pylorus bei der Autopsie constatiren können. — Wenn ich auch mithin ausser Stande bin, in unserem Falle eine angeborene Enge des Pylorus mit Sicherheit auszuschliessen, so würde auch für eine solche nichts Anderes sprechen, als die immerhin noch nicht bewiesene Ansicht Maier's, dass eine stärkere Magendilatation ohne ein organisches Hinderniss am Pylorus schwerlich zu Stande kommen könne. Auch die Annahme einer spastischen Contraction des Pylorus, als eines Hindernisses für die Magenentleerung, dürfte in unserem Falle wenig wahrscheinlich sein. Wie Ewald meint, muss dieselbe stets mit einer Hyperacidität des Magensaftes in Zusammenhang gebracht werden. In unserem Falle bestand völliger Salzsäureverlust. Ebenso fehlten auch irgend welche locale Veränderungen in der Nähe des Pylorus, welche, wie im Falle Sanctuary[57]), zu einer spastischen Contraction des Pförtners die Veranlassung hätten abgeben können.

Als Erklärung der theilweise vorhandenen Enge des Pylorus in der Leiche glaube ich demnach der Alkoholanfüllung des Magens und der dadurch bewirkten Schrumpfung der Pyloruswände die Schuld zuschreiben zu müssen.

Soviel um die Sicherheit der Diagnose zu begründen. Es bliebe nur noch übrig, auf einige Puncte hinzuweisen, die die Berechtigung der Operation in unserem Falle an der Hand der Erfahrungen nach der Operation rechtfertigen dürften.

Bei Eröffnung der Leibeshöhle während der Operation präsentirte sich der vorher mit dem Heberschlauche gründlich leer gespülte Magen in einem annähernd normalen Grössenverhältnisse. Daraus hätte man vielleicht auf einen völlig erhaltenen Tonus des Magens schliessen, in unserer Erwägung einen diagnostischen Fehler erblicken und von der Operation abstehen können. Und doch musste, wenn wir die klinischen Betrachtungen berücksichtigen, ein solches, dem thatsächlichen Befunde entsprechendes Verhalten des Magens erwartet werden. Wenn auch viele Symptome — ich erinnere an die Resultate der Percussion und ferner daran, dass das Salol noch nach Ablauf von 24 Stunden im Mageninhalte gefunden wurde — für eine Magendilatation und ein enorm langes Verweilen der Ingesta in dem Magen sprachen, so wies wiederum der Umstand, dass der Magen sich nach Einbringen eines gewissen Flüssigkeitsquantums sichtlich verkleinerte, auf eine gewisse Contractionsfähigkeit hin. Diese reichte aber nicht aus, um bei schwerer Belastung die Speisen bis an den Pylorus hinaufzubringen. Wir haben es hier mit einem Magen zu thun, der eine gewisse Analogie mit einer motorisch insufficienten Harnblase (Casper[58]), z. B. bei Tabes, zulässt, die gewisse Mengen von Urin mehrere Mal des Tages entleert, aber nicht im Stande ist, ihren ganzen Inhalt auszustossen. Hierdurch sammelt sich immer mehr und mehr Residualharn an, der wiederum die Blase mächtig ausdehnt. Wird nun der Inhalt per Catheter entleert, so kehrt die Blase wieder auf ihr normales Volumen zurück. Was bei der Blase der Catheter, bewirkte in unserem Falle beim Magen das spontane Erbrechen oder die Schlundsonde und der Spülapparat. Von diesem Gesichtspuncte aus musste die Operation nicht nur ausgeführt werden, im Gegentheil, es musste sich die Prognose derselben noch günstiger gestalten.

Complicirt wird die epikritische Beurtheilung unseres Falles ferner noch durch den Befund an den Lungen und an dem Darme. Ein nicht unerheblicher Einwand könnte gemacht werden in der Voraussetzung, dass an dem schweren Marasmus gar nicht das Magenleiden, welches wir durch die Operation zu lindern hofften, sondern die chronisch-ulcerös tuberculösen Processe der rechten Lunge die Schuld trugen. Dadurch würde der Werth des operativen Eingriffes zu einem illusorischen herabgedrückt werden. Eine absolut sichere Entscheidung der richtigen Sachlage erscheint begreiflicherweise auch hier unmöglich. Von klinischer Seite ist diesem Puncte schon oben begegnet, auch glaube ich, dass die scharfe bindegewebige Abkapselung des Zerstörungsherdes in der Lunge gegen die Nachbarschaft und der Mangel jeglicher käsiger Einlagerungen in den Lungen sowohl, wie auch in anderen Organen mit grosser Wahrscheinlichkeit den erhobenen Einwurf von der Hand weisen. Was schliesslich die catarrhalische Veränderung und oberflächliche Nekrose der Schleimhaut im unteren Ileumende anbetrifft, so ist dieselbe ganz frischer Natur und entzieht sich einer prognostischen Beurtheilung umsomehr, als auch ihre Aetiologie keine ganz klare ist.

Die lobulären Infiltrate der Lunge charakterisiren sich mikroskopisch als catarrhalische Lobulärpneumonien und müssen mit dem Catarrh der Bronchiolen in Verbindung gebracht werden, der gegen das Lebensende des Kranken eintrat.

Trotz des letalen Ausganges in unserem Falle, der wohl als Erschöpfungstod, vielleicht weil zu spät operirt wurde, aufzufassen ist, möchte ich doch an dem Gedanken festhalten, dass die Operation, wenn früher ausgeführt, eine lebensrettende hätte sein können und glaube, dass in Zukunft, wo sich die Indicationen für die Vornahme einer Gastroenterostomie mehren, auch die Ausführung einer solchen Operation bei durchgängigem, nicht stenotischem Pylorus wegen hochgradiger motorischer Insufficienz des Magens in Betracht zu ziehen wäre.

[56]) l. c.
[57]) l. c.

[58]) Casper: Die symptomatische Bedeutung und Therapie des Residualharnes. Berl. Klinik 1889, № 7.

Spermin,

ein uraltes Stimulans, aber in neuer und zwar misslungener Form.

Von

Dr. Paul Werner,

Oberarzt des Börsen-Hospital in St. Petersburg.

Gegen den Eindruck, welchen das leider in fachwissenschaftlichen Journalen des Auslandes sich immer mehr breit machende Anpreisen neuer Mittel verursacht, kann sich der Leser einigermaassen schützen. Man liest einfach solche Anzeigen, welche einen integrirenden Bestandtheil sonst unentbehrlicher Blätter bilden, garnicht.

Desgleichen verfährt man auch mit der Mehrzahl der unzähligen Broschüren, die denselben Zweck verfolgen und einem auf den Schreibtisch gerathen als unerwünschte und ungebetene Gäste.

Wenn aber solch' ungebetener Gast in besonders aufdringlicher Weise Einlass begehrt, und zwar als Einheimischer, so macht man zuweilen seine Bekanntschaft, ohne es zu wollen.

„Spermin, ein neues Stimulans" von Prof. Dr. A. Poehl, so lautet der Titel einer Broschüre, die mir einen unerwarteten Besuch abstattete. Der Tag darauf bringt mir dieselbe Broschüre in russischer Sprache, in etwas anderem Format, in Deckblatt von anderer Farbe. Obgleich mir *der* Eindruck, den dieser Artikel im Gefolge haben muss, bereits durch Lesen desselben in der „Praktitscheskaja medizina" genügend gefestigt erschien, blieb es mir leider nicht erspart, — in einer Woche zum *vierten* Mal — jenem verheissungsvollen Titel auch noch an der Spitze des Vereinsblattes St. Petersburger Aerzte[1]) zu begegnen.

Die Ankündigung eines neuen Mittels im Texte *einheimischer* medicinischer Blätter fordert zu einer eingehenden ernsten Besprechung desselben auf.

Zunächst fordere ich die Leser zu kritischer Beprüfung der Angaben auf, welche in der Broschüre des Herrn Prof. Poehl von ärztlicher Seite zu Gunsten des „neuen" Mittels gemacht worden sind.

Das fernere Schicksal eines jeden neuen Mittels hängt bei uns, mehr als irgendwo, von der Empfehlung ab, die demselben von den Aerzten zu Theil wird.

Der Arzt aber, welcher aufgefordert wird, Neuempfohlenes anzuwenden, fragt sich doch unwillkürlich, *wer* das Neue empfiehlt.

Der Leib-Arzt Dr. Th. Roschtschinin theilt eine Reihe von Thatsachen mit, aus denen er den Schluss zieht, dass „das ‹Sperminum hydrochlor. Poehli› beständig ein und dasselbe Resultat ergab" (S. 14).

Zum Beweise dieses Satzes bringt Dr. R. sieben Krankheitsfälle, von denen in fünf, seiner Meinung nach, das Mittel offenbaren Nutzen gebracht, in einem das *Sterben* erleichtert hat (F. 7) und in einem, nach seiner eigenen Angabe, *directen Schaden* gestiftet hat. Und das nennt er mit bewundernswerthem Gleichmuth „beständig ein und dasselbe Resultat!"

Wenn nun die 7 angeführten Fälle dazu dienen sollen, unwissenden Laien, denen nichts über den Wechsel in den Krankheitserscheinungen bei chronischen Leiden bekannt ist, den Glauben an den Nutzen der Spermineinspritzung zu erwecken, so dürfte dieser Zweck vielleicht erreicht werden.

Aber der Versuch, Aerzten gegenüber dasselbe Verfahren einzuschlagen, verdient einen energischen Protest.

Nicht wir Aerzte allein wissen es, aus tausendfältiger Erfahrung, nein, sogar jeder Student der Medicin muss es wissen:

dass bei Herzfehlern die zeitweilig verlorene Compensation sich in der Mehrzahl der Fälle wieder einzustellen pflegt, worauf der Kranke wieder ohne Beschwerden rasch Treppen steigen kann u. s. w." (F. 1, pag. 15); dass diese Compensation *oft* durch recht sicher wirkende Medicamente gefördert, eingeleitet wird, dass aber zuweilen, — und darauf kommt es in dieser Frage so sehr an — sich dieser Vorgang auch *ohne jedes medicamentöse Eingreifen* vollzieht bei sonst rationellem Verhalten des Kranken.

Jeder Arzt weiss ferner aus tausendfältiger fremder und eigener Erfahrung:

dass sich an Gelähmten oft „eine Besserung constatiren" lässt (F. 2, pag. 16) mit und *ohne* Medicamente;

dass die Schmerzen bei Kranken sich einstellen, steigern und vergehen in oft überraschender Weise (F. 3, pag. 16), und zwar sehr oft auch *ohne* ärztliches Zuthun;

dass beim Diabetes mellitus ein „Procentgehalt von 4,7 an Zucker (F. 4, pag. 16) sich bis zu 2% verringert" und „der Kräfteverfall" einer „Kräftigung" Platz macht, auch wiederum nicht selten *ohne* Medicamente, aber bei Veränderungen des diätetischen Verhaltens. Desgleichen

dass bei „Verfettung und ungenügender Thätigkeit des Herzens die Oedeme schwinden und das Allgemeinbefinden sich zusehends bessert" und zwar bei allerverschiedenster, zweckentsprechender Behandlung, aber stets rationellen Verhaltungsmaassregeln (F. 6). Und wir zweifeln nicht, dass dem betr. Patienten, Dr. N., 71 J., eine solche auch, abgesehen von der „Einführung von Spermin"[2]), zu Theil wurde. Ferner

dass das Fehlschlagen trügerischer Hoffnungen einen schlimmen Umschlag des Krankheitsverlaufes hervorruft (F. 5, pg. 16), und dass nicht allein irgend welche Injection, sondern *jede Erregung*, die für den Kranken aus einer an ihm vorgenommenen Manipulation, sei sie welcher Art sie wolle entsteht, vorübergehend eine „Erhöhung des Blutdruckes in den Gefässen" bewirkt.

Dass aber in dem Falle B. eine solche Erhöhung des Blutdruckes stattgefunden, dafür spricht nur die Annahme des Dr. R., welche er nicht einmal zu begründen versucht. Eine schlechterdings durch nichts gestützte Annahme ist doch als Beweis weniger als — viel zu wenig. Somit finde ich auch keinen Beweis dafür, dass in dem cit. Falle 5 die Spermineinspritzungen *direct* Schaden gebracht haben sollen.

Endlich ist Aerzten und Laien die Thatsache vollkommen bekannt,

dass die Art der Agonie eines Sterbenden sich allerdings oft mit einiger Wahrscheinlichkeit vorausbestimmen lässt, lange aber nicht immer. Schlüsse zu ziehen aus unbestimmbaren Factoren ist etwas einfach Unmögliches, wie solches von Dr. R. geschieht, darauf hin, dass (in F. 7) „die Agonie nicht den in solchen Fällen gewöhnlichen qualvollen Charakter trug!"

Ebenso gehört zu den Alltäglichkeiten, dass „der fadenförmige, fast entschwundene Puls sich wieder einstellt, der Sterbende zum Bewusstsein zurückkehrt" u. s. w. Ein solches Aufflackern der erlöschenden Lebensgeister erfolgt nicht selten durch Neubelebung der Hoffnung — bei erhaltenem Bewusstsein, — oder durch jede Art Manipulation, die durch Erregung der Peripherie eine Art erneuerte Anstrengung der Gehirncentren hervorruft, also durch jeder Art *Reiz*, oder aber auch ohne jeden *äusseren* Einfluss bei Sterbenden, die *ganz sich selbst* überlassen bleiben. Es darf im gegebenen Falle nicht bezweifelt werden, dass das Eingreifen des Dr. R. eine Sterbende beeinflusst hat. Dafür aber, dass Solches durch „Spermin" geschehen, dafür spricht wieder nur die *Annahme* des Eingreifenden.

Indessen, wenn man das Material des Dr. R. als ein vollgiltiges annehmen wollte, dann liesse sich unschwer ersehen, dass derselbe seine Erfolge viel zu *bescheiden* darstellt. Ihm folgend muss man constatiren, dass das Spermin. hydrochl. Poehli viel mehr giebt, als es verspricht: ist doch das „neue Mittel" in Fall 1, 6 und 7 ein die Herzthätigkeit neubelebendes, ein — Stimulans; im Falle 3 ist es ein prompt schmerzstillendes, ohne jedes Stimuliren; im Falle 5 ist es ein Excitans; im Falle 4 ein Specificum; endlich im Falle 2... ja was mag es da sein?... Es löst schleunigst eine „Thrombose der Art. fossae Sylvii", also — als ein Resolvens von bisher nie geahnter Stärke muss es betrachtet werden.

Die Mittheilungen der Herren Doctoren Shicharew und Hübbenet über „die Wirkung der Solutio sterilisata Spermini hydrochlorici Poehli 2%" unterscheiden sich von den vorhergehenden vortheilhaft dadurch, dass sie theilweise und einigermaassen in dem Gewande wirklicher Krankengeschichten auftreten. Auch wurde in den angegebenen Fällen mit Ausschluss des psychischen Momentes experimentirt „bei völliger Unbekanntschaft der Patienten mit dem Zweck und Wesen der Injectionen" (Anmerk. pag. 19).

Bei den social und intellectuell wohl meist auf niederer Stufe stehenden Individuen des Kalinkinhospitals hat aber dieser Umstand, Beseitigung der psychischen Beeinflussung, welche sich indessen sicherlich nie völlig ausschliessen lässt, eine sehr untergeordnete Bedeutung. Während bei den intellectuell hochstehenden Pat. des Dr. Roschtschinin diesem Moment wohlweislich nicht Rechnung getragen wurde!

Die Herren Doctoren S. und H. bringen uns die Mittheilung, dass sich im Kalinkinhospital 4 Kranke befunden haben, deren Zustand sich während des Hospitalaufenthaltes mehr oder weniger gebessert hat, in wie weit vorübergehend, lässt sich nach der Kürze der Beobachtungszeit nicht annähernd vermuthen.

Im Falle 1 (pag. 18) folgt zwar nach einer vorhergehenden Zunahme der Muskelkraft gleich eine ebenso deutliche *Abnahme* derselben:

„7. Juli. Kraft der rechten Hand — 40 Kilo, der linken — 38.
8. Juli. Kraft der rechten Hand — 44 Kilo, der linken — 42.
9. Juli. Kraft der rechten Hand — 40 Kilo, der linken — 40.
10. Juli. Kraft der rechten Hand — 39 Kilo, der linken — 38."

Es hat also die Muskelkraft in den 2 letzten Beobachtungstagen um 5, resp. 4 Kilo *abgenommen!*

Das Wesentliche der gemachten Mittheilung besteht einzig darin, dass sich der Zustand von 4 heruntergekommenen Kranken (F. 1 seit 13 J. bestehende Lues, F. 2 — Lues cerebri, F. 3 — Rheumatismus, Altersschwäche, F. 4 — Altersschwäche) *besserte*. Es sind 4 Fälle von den ungezählten Tausenden, wie sie von den Hospital-Aerzten der ganzen Welt täglich beobachtet werden, in sofern aus schlechten, oft grauenvollen hygienischen Verhältnissen stammende Patienten sich vorübergehend unter Einfluss der Hospitalpflege bessern. Wozu aber die Herren S. und H. zu dem

[1]) cf. St. Petersb. med. Woch. № 31.

[2]) Welche präcise Angabe in einer ärztlichen Krankengeschichte!

bereits mehr als genügend bekannten Factum 4 neue Beiträge aus dem Kalinkinhospital liefern, ist nicht verständlich. Dass in Letzterem sich die Verhältnisse in den letzten Jahren Dank den Bemühungen der Aerzte und namentlich der unermüdlichen Energie des Oberarztes Dr. S p e r k und der Einsicht der Duma sehr zum Nutzen der Kranken verändert haben, ist auch bekannt. Die Schlussfolgerung der Experimentirenden lautet: „alle Injectionen waren fast schmerzlos und verliefen ohne jegliche locale irritative Erscheinungen“ (pag. 20). Es gewinnt somit den Anschein, als wären die Experimente der Spermineinspritzungen nur zu dem Zwecke unternommen worden, um die Unschädlichkeit derselben nachzuweisen. Ein solches Beginnen halten wir aber zur Zeit noch für *verfrüht*, da wir, wie Dr. R o s c h t s c h i n i n bedauernd bemerkt, noch in „der Zeit des allgemeinen Misstrauens von Seiten der Aerzte und des Publicums“ stehen und — wie er auch richtig bemerkt — „viele Gelehrte des Auslandes die Möglichkeit einer Spermingewinnung und sogar seine Existenz bezweifeln“. Auf ihre Gefährlichkeit wären die Spermineinspritzungen erst dann zu prüfen, wenn das Präparat in Schwung kommen und fabrikmässig und en gros hergestellt werden sollte, was hoffentlich nicht geschehen wird.

Dass die Herren DDr. S. und H. andere Absichten bei ihren Versuchen gehabt und andere Schlüsse aus denselben gezogen haben sollten, als oben angeführt, daran möchte ich nicht glauben, ehe sie es nicht selber kategorisch aussprechen. Ein Satz auf pag. 18 und 19 könnte allerdings diesen Verdacht erwecken: „Und somit können wir aus dem vorliegenden Falle (F. 1) folgende Schlüsse ziehen: Nach zwei Injectionen bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens; der Puls wurde weniger frequent und voller, der Blutdruck ist bedeutend gestiegen; die Digestion ist regulirt. Die Muskelkraft hat zugenommen“......, *um dann gleich wieder abzunehmen* (S. pag. 18 u.).

Doch bleibt es unersichtlich, *wer* unter diesem „*wir*“ zu verstehen sei. Degleichen bleibt es auch ganz im Dunkeln *wo* und *wem* die DDr. S. und H. ihren „Bericht“ (pag. 17) eingeliefert haben. Eile hatte es jedenfalls mit dieser Berichterstattung und zwar *sehr grosse*: am *10. Juli* befinden sich die Kranken noch unter Beobachtung (F. 1 und 2 aus dem Kalinkinhosp.) und am *14. Juli* hat Herr Prof. P o e h l bereits *seinen* Bericht fertig im Druck.

Ferner: unter dem 14. Juli erscheint der „Separatabdruck“ aus der „St. Petersb. Medicin. Wochenschr.“, der erst am 4. August das Licht der Welt erblicken sollte[*])!!

In dem Artikel des Herrn Prof. P o e h l wird weiter der Name des Herrn Dr. W. S t a n g e angeführt. Da Dr. S t a n g e selbst nicht redend auftritt, auch keine Krankengeschichten, wenn auch nur in defectester Form, bietet, so lässt sich nur constatiren, dass er die Spermineinspritzungen angewandt haben soll. Wenn *er* aber behaupten wollte, dass „bei einer völlig entkräfteten Schwindsüchtigen sich in kurzer (?) Zeit Kräfte und Appetit wieder einstellten“ (pag. 20) *in Folge der Einspritzungen*, so fragen wir ihn, der ja durch seine ungewöhnlich reichen Erfolge in der Behandlung Schwindsüchtiger, — namentlich mit Kumys, — in weiten Kreisen bekannt ist, wie viel hundert Mal er wohl einen *solchen* Erfolg, wie den angeführten, zu verzeichnen hatte, noch ehe er etwas von Spermin gehört?

Man fragt sich ferner vergebens, wie bei dem Vorhergehenden, wozu der Fall des Dr. P. P r o c h o r o w angeführt wird, ausser um zu beweisen, dass auch er das Spermin gebraucht hat? Dass atonische Geschwüre im Verlaufe von 3 Wochen, *bei entsprechender localer Behandlung* heilen, obwohl Patient vorher 2½ Monate erfolglos im Krankenhause behandelt worden war“ (pag. 20), gehört denn das nicht auch zu dem Alltäglichen? Wie oft erleben wir es namentlich, dass Geschwüre in der ersten Zeit der Hospitalbehandlung keine Besserung zeigen, dann aber, oft in Folge der mittlerweile zur Geltung gekommenen guten Pflege überraschend schnell heilen bei „entsprechender localer Behandlung“.

Nicht ganz übergehen kann ich die ausländischen Zeugnisse, die Herr Prof. Poehl pro „Spermin. hydrochl. sterilisat. Poehli“ in's Feld führt, wobei ich hervorhebe, dass der citirte V a r i o t (pag. 9 und 10) wunderbarer Weise mit dem „Spermin“ experimentirte, *ehe* noch Prof. P o e h l behauptet hatte, dasselbe dargestellt zu haben. V a r i o t publicirte seine Versuche bereits anfangs 1889, während das einheimische Präparat erst nach dem [illegible] März 1890 in Gebrauch gekommen sein kann!

Wenden wir uns nun zu den von Prof. Poehl citirten Thierexperimenten. Es ist ja selbstverständlich, dass *gewissenhafte* Aerzte ein neues Präparat nicht früher am Menschen anwenden, ehe sie dessen Wirkungsweise, resp. Unschädlichkeit vielfach, ausgiebig, bis zur *Beseitigung jeglichen Zweifels* am Thier erprobt haben oder an sich selber, widrigenfalls sie vor dem eigenen Gewissen, wie auch vor dem Forum der Oeffentlichkeit als *leichtsinnige*, ja *gewissenlose* Versucher dastehen müssten. Sehen wir, in welcher Weise unsere Experimentatore dieser Anforderung nachgekommen sind.

[*]) *Anmerk. der Redact.* In Rücksicht auf die bevorstehenden Verhandlungen über das Spermin auf dem X. internationalen Congress in Berlin haben wir auf Wunsch des Herrn Prof. P o e h l die Separatabdrücke seines bereits am 14. Juli im Satze fertigen Artikels früher als sonst üblich übersandt.

Sie berufen sich auf den Namen eines berühmten Gelehrten, den des Prof. T a r c h a n o w. Dieser hatte an Fröschen constatirt, dass das von Prof. P o e h l fabricirte Spermin „auf die Reflexerscheinungen gar keinen Einfluss hat und auf dieselben eher *deprimirend wirkt!* An Fröschen zeigt sich die toxische Wirkung eines Mittels ganz besonders rein, unter Anderem weil bei ihnen das Bild dank ihrer Froschnatur durch psychische Reize, — einschliesslich Angst, Schreck etc. — am Wenigsten beeinflusst wird“ [4]). (p. 12.)

An Warmblütern hat Prof. T a r c h a n o w sieben Versuche gemacht, von denen in 4 Fällen mit „negativem Resultat“ (p. 13), bei dreien eine *halbstündige* „Wirkung“! Hierbei wurde — nach den eigenen Worten des Prof. P o e h l — constatirt, dass die Verschiedenheit in der Wirkungsweise «*genügende Erklärung in dem Vorhandensein von Spaltungsproducten der Eiweisskörper, welche ihrem chemischen Charakter, sowie der physiologischen Wirkung nach den Ptomainen analog sind*», findet!! (pag. 13).

Ferner befindet sich an der Spitze dieses „Berichtes“ «*eine Serie* von Experimenten, die Prof. T a r c h a n o w an Hunden ausgeführt hat» (pag. 11). Diese Serie entpuppt sich aber als eine Thatsache, deren naive Veröffentlichung geradezu verblüffend wirken muss, nämlich, dass *eine*, um diese Jahreszeit so häufige Begattung von Hunden im Cabinet des Prof. T a r c h a n o w stattgefunden hat, ob unter seiner unmittelbaren Aufsicht — wird nicht gesagt, wohl aber, dass nach *drei* Sperminiinjectionen, bei dem zweiten Versuche, „der 10 bis 12 Jahre alte Hund“ (pag. 12) seine Mitwirkung aus unbekannten Ursachen verweigerte, trotz 3- bis 4-maliger (?) Einspritzung [5]).

Und nach solchen Thierexperimenten, die als einzig positives Resultat „deprimirende Wirkung“ auf Frösche und meist negative auf Warmblüter ergab und wobei der sehr gegründete Verdacht auf Vorhandensein „den Ptomainen analoger“ Verbindungen, also intensiver Gifte, entstand, fanden sich Aerzte, die zu Versuchen an Menschen schritten!

Indem ich mich nun zu dem Kernpunct der Frage von den Sperminiinjectionen wende, kann ich nicht umhin zu betonen, dass ich die Mühe, mich durch oben citirte Materie durchzuarbeiten, nur deshalb nicht gescheut, weil der Artikel des Herrn Prof. P o e h l in geachteten einheimischen medic. Blättern Platz gefunden hat.

Der Ausgangspunct der ganzen Frage ist ja das Unternehmen des berühmten Physiologen B r o w n - S é q u a r d. Ohne ihn keine Sperminemulsion; ohne diese kein „Sperm. hydrochl. sterilisat. Poehli“ mit und ohne den Ptomainen analoge Spaltungsproducte.

1889, im Mai, beschloss dieser 72-jähr. Greis sich zu verjüngen. Als die Kunde von diesem seinem Beginnen zuerst die Welt durchzog, zweifelte ich keinen Augenblick daran, dass er, und ihm nach unzählige andere Greise oder Greisenhafte die Freude einer Auffrischung für kürzere oder längere Zeit erreichen würden. Dabei erschien es mir völlig gleichgiltig, ob B r o w n - S é q u a r d Sperminiinjection oder beliebig Anderes plante. Denn es war mir klar, dass ihn eine *Idee* ergriffen, die ihn verjüngen *musste*.

Ueberrascht hat mich aber das Factum, dass B r o w n - S é q u a r d nur für so *kurze* Zeit „einen Theil seiner verlorenen Jugend“ wiedergefunden, dass er schon so bald in die „frühere Altersschwäche“ verfiel. Obgleich nun sein eigenes Bekenntniss den grössten Theil des in Folge seines Experimentes zu erwartenden Unheiles abgewendet hat, so bleibt es doch sehr zu bedauern, dass der grosse Physiologe nicht selber den Sinn und die Bedeutung seines Versuches begriffen hat.

Um das zu erreichen, brauchte er nur das Auge abzuwenden von seinen Manuscripten und Büchern, seinen Tiegeln und Retor-

[4]) Ganz abgesehen von dem so sehr verschiedenen Verhalten verschiedener Thierspecies gegen Gifte.

[5]) Ob zwar es sich kaum lohnt, bei dem Hundeexperiment des Prof. T a r c h a n o w Zeit zu verlieren, so unterziehe ich mich der Mühe, dasselbe etwas näher zu untersuchen, theils, weil bei richtiger Benutzung selbst das Unbedeutendste aus dem Leben der Thiere lehrreich sein kann, also nichts ohne Weiteres von der Hand zu weisen ist, besonders aber, um die ungewöhnliche Naivität der Darstellung zu beleuchten. Dieser „10 bis 12 Jahre alte Hund“ erscheint anfangs merkwürdig jugendfrisch; denn „am 4. Tage hatte der Hund mehrfachen (!) Coitus mit der Hündin“, welcher sich auch am folgenden Tage wiederholte; *hierauf stellte sich*“ — also erst recht — „*die geschlechtliche Erregung ein* (!). Nach zweiwöchentlichem Warten ... etc.“. Fragt sich: *wer* wartete? Und worauf? Da sich doch bei dem Hunde, trotz bereits bewiesener anerkennenswerther Leistung, noch weitere geschlechtliche Erregung „einstellte“, wozu dann noch eine Wiederholung der Einspritzungen, welche aber diesmal entgegengesetzt wirkten? Es kann ja von keinem Arzte oder Professor verlangt werden, dass er das Thierleben in seinen mannigfachen Aeusserungen studire, noch weniger, auf Erklärungen derartiger verspäteter Blüthen thierischer Liebe einzugehen, überhaupt — Darwiniana zu treiben. Wer aber die auch bei Thieren wegen verschiedenster Ursachen grellem Wechsel unterworfenen Functionen nicht eingehend studirt hat, der müsste sich doch vor Schlüssen aus Beobachtungen derselben hüten, besonders wenn es sich um Folgen für den Menschen handelt!

ten und ungetrübten Blickes in das Buch des Lebens zu schauen, die Aufzeichnungen der Alltäglichkeit zu durchblättern, seine Lebenserfahrungen zu prüfen, welch' Alles dem denkenden Beobachter Aufschlüsse giebt über die Lebenserscheinungen, sie erklärt, — natürlich nicht ohne Kenntniss der Physiologie des Menschen, beispielsweise bei Bekanntschaft mit dem „Handbuche der Physiologie von Landois".

Leider bietet aber Brown-Séquard nicht ein vereinzeltes Beispiel dafür, dass Gelehrte in ihren Studien, die den Lebenden zum Object haben, nur Das berücksichtigen, was in *ihrem* Kopfe und in *ihrem* Cabinet vorgeht und dabei das Leben ignoriren, die draussen pulsirenden Lebenserscheinungen nicht beachten, bis sie zuletzt jedes Verständniss für dieselben verlieren.

Die Erfahrungen, von denen ich rede, sind bekannt seit Jahrtausenden bei Aerzten *und* Laien und werden in praxi angewandt, zum Nutzen sowohl als zum Schaden des Menschen — allüberall. Sie werden aber lange nicht immer richtig gedeutet. Alle diese Erfahrungen lehren uns, dass bei Menschen die Empfindungen mächtig beeinflusst werden von psychischen Einflüssen jeder Art.

Das, was wir im gewöhnlichen Leben unter Empfindung verstehen, ist ein complicirter Act, der sich aus folgenden Momenten zusammensetzt: 1) dem Reiz an der Peripherie, physischen wie auch psychischen (Kitzeln an der Fusssohle, Nadelstich in die Fingerspitze, Knall, Anblick eines Gegenstandes, ein Riechstoff in Berührung mit der Nasenschleimhaut, eine Erinnerung etc.), 2) der Fortleitung zum Centralorgan, 3) der Perception an der Centralstelle und 4) endlich der *Beurtheilung* des vollzogenen Eindruckes.

Die ersten 3 Acte dieser physiologischen Thätigkeit müssen sich in allen Individuen bei intacter Nervenzelle in *völlig gleicher* Weise abspielen, da die betreffenden Vorgänge zu den rein vitalen gehören, nur vom körperlichen Substrat abhängen. Der letzte Act, — die Begutachtung der percipirten Empfindung, — ist im Gegensatz zu den vorhergeheuden, eine *psychische* Function. Sie kann also bei jedem einzelnen Individuum so verschieden sein, wie myriadenhaft verschieden eben alle anderen psychischen Funtionen zu sein pflegen, z. B. im Gebiete des Gedankens.

Ich höre den Einwurf: was heisst psychisch? Es giebt keinen schroffen Gegensatz, ja überhaupt keinen zwischen psychisch und physisch, zwischen psychischer und rein körperlicher Function [*]).

Es liegt mir gewiss ferne, an eine Erklärung dessen heranzutreten, wovon wir sagen müssen: ignoramus et ignorabimus, was wir Geist, Seele, Psyche nennen. Aber dennoch lässt sich nachweisen, dass es doch einen Unterschied, einen scharf bestimmbaren giebt. Und es ist nicht die abstracte Folgerung, die zu der bestimmten Unterscheidung zwischen psychischer und materieller Function führt, sondern die wissenschaftliche und praktische Erfahrung.

Die psychischen Functionen sind in ganz engen Grenzen stets *ganz abhängig* von rein körperlichen Schwankungen und Veränderungen, — wieviel Stoff — so viel Kraft, und stehen theilweise unter dem Einflusse der Geistesthätigkeit, des Wollens etc.

Die sogenannten psychischen Vorgänge aber, obzwar auch an das Vorhandensein materiellen Substrates gebunden, an die Bedingung der Existenz intacter grauer Zellen der Gehirnrinde, unterliegen, in diesem Rahmen, Schwankungen *unbegrenzter* Art, welche sie aus sich selber erzeugen, ohne weitere Abhängigkeit von der Materie.

Die körperliche Function ist, unberücksichtigt seine Abhängigkeit von der Materie, ganz des Geistes Sclave.

Die Geistesfunctionen dagegen, in dem engen Rahmen der Genossenschaft mit der Zelle des Grosshirnes, disponiren frei in *völliger Unabhängigkeit* von dem Zustande des übrigen Körpers.

Ja, sie functioniren oft besser bei Schädlichkeiten, die den Körper treffen; sie versagen nie den Dienst, auch dann oft nicht, wenn der ganze übrige Körper im Verfall begriffen ist, alle übrigen Functionen versagen; es erklärt sich das daraus, dass die Träger der Geistesfunctionen, die Zellen des Grosshirns, eine ganz besondere Widerstandskraft gegen alles den Körper Zehrende besitzen.

Alle Krankheit, jeder krankhafte Zustand, jede Schwankung in den Körperfunctionen des Gesunden wird von körperlichen Empfindungen begleitet. Selbst bei schwersten und tödtlichen Krankheiten bleibt das Beurtheilungs*vermögen* der Empfindung intact. Eine Ausnahme bilden nur einige specifisch auf die Hirnrinde wirkende Gifte, wie Alkohol, Chloral, oder das Typhusgift, das gleichzeitig mit der Allgemeinwirkung auch jene beeinflusst, endlich die Krankheiten der Hirnrinde *selbst* (die sogen. Geisteskrankheiten), wo selbstverständlich vor Allem die Perception und das Beurtheilungsvermögen der Empfindungen leidet.

Wovon ist nun diese Werthmessung der Empfindung beeinflusst? Der Mensch verfügt über unzählige Geistesfunctionen. Die erwähnte ist nur eine der sehr vielen und unter gewöhnlichen Verhältnissen den anderen gegenüber eine untergeordnete. Der Umstand, dass des Menschen Geist oft scheinbar gleichzeitig, d. h. in unmessbar raschem Wechsel, unzählige andere Beschäftigungen hat, als diejenige, den Werth empfangener Reize abzumessen, bildet den natürlichen Regulator dieser Thätigkeit. Das Leben selbst mit seinen tausendfältigen Anforderungen regulirt dieselbe zu einer Norm. Folgerichtig muss diese Function geschmälert, sogar ganz unterdrückt werden, wenn *anderweitige* geistige Thätigkeit den Menschen in Anspruch nimmt, ganz absorbirt.

Gerade umgekehrt aber, wenn andere Functionen der Grosshirnrinde nur eine sehr untergeordnete Rolle spielen, dann fehlt der Expansionskraft jenes Abschätzungsvermögens jeder Regulator, dann gewinnt es *unbegrenzten* Spielraum.

Beispiele: selten dürfte sich ein Kind etwa von 5 Jahren finden, dass nicht in der Ruhe lebhafte Schmerzen äusserte nach einigen Mückenstichen, oder nicht schon deren Herannahen empfinden und abwehren würde. Dasselbe Kind erscheint entstellt von unzähligen Stichen, die es garnicht bemerkt hat in dem Eifer des Spieles. Der zum Umsinken erschöpfte Krieger „fühlt neue Kraft", das heisst *spürt nicht mehr die Ermüdung*, sobald ihn ein Wort elektrisirt. Im Kampfe wird oft die allerschmerzhafteste Verletzung garnicht gespürt, der Schmerz stellt sich aber sofort ein, wenn der Kampf zu Ende. Dieselbe junge Dame, die zu schwach ist, einen Spaziergang zu unternehmen, die vor Ermüdung Abends umfällt, wenn sie eine lange Rechnung lösen soll, sie tanzt eine Nacht durch ohne die geringste Ermüdung und liest eine Nacht hindurch aus einem Roman, ohne schläfrig zu werden. Das dringendste Nahrungs- und Schlafbedürfniss kann *völlig* überhört werden, z. B. von vollbeschäftigten Männern, Frauen, die ein krankes Kind pflegen etc.; Gram wird gelindert durch physischen Schmerz, dieser nicht empfunden bei Seelenleid. Alle diese Beispiele, die Jedermann vermehren kann, soweit nur die Druckerschwärze reicht, was beweisen sie denn Anderes als: bei gleichen Factoren, bei gleichem Reiz, gleicher Leitung und Perception kann doch die Empfindung eine unendlich verschiedene sein. Und darauf allein kommt es für den Menschen an. Der 100 Fuss hohe Thurm wird aus gewisser Entfernung von dem menschlichen Auge als einen Millimeter hoch abgeschätzt. Das kleinste Insect erscheint als ein Ungethüm bei passender Vergrösserung. Es ist hierdurch der Thurm in Wirklichkeit nicht klein, das Insect nicht gross. Die Beurtheilung giebt den Unterschied.

Und wie dem gesunden, so ergeht es auch dem kranken Menschen. Nicht so sehr auf den Reiz kommt es an, seine Leitung und Perception, als auf den Schlussact, die Beurtheilung, die Werthmessung desselben.

So kann es geschehen und geschieht auch täglich, dass ein Mensch, der in Folge seiner Krankheit unausgesetzt die allerheftigsten peripheren Reize zu erdulden hat, nur geringe, oft gar keine Schmerzensäusserung bietet; während im Gegentheil ein Gesunder die täglichen und physiologischen Schwankungen in seinen Empfindungen als stärkstes Leiden beurtheilt, also „empfindet".

Im Allgemeinen gilt hier die Regel: je stürmischer die Krankheit auftritt und je grösser die allgemeinen Functionsstörungen, destoweniger spielt die Beurtheilung der Empfindungen eine Rolle [7]).

---

[*]) Es ist eine heikle Aufgabe, sich gegen den Zeitgeist auflehnen zu müssen. Und hat man sich doch gleichzeitig gegen den Nihilisten, wie gegen den deutschen Gelehrten zu wehren, wenn man einen wesentlichen, entscheidenden Unterschied zwischen „psychisch" und „körperlich" vertheidigt. Der deutsche Prof. Arndt z. B. sagt: „die psychischen Functionen, die sogenannten ideellen, moralischen, heiligen... sind nicht psychischer, seelischer, geistiger, als die Verdauung oder Harnabsonderung...! (pag. 64).

Oder: „für den Arzt erwächst die Pflicht, wo er die psychischen Gefühle *abwegig* findet, nachzusehen, was wohl die Ursache davon sei..." (pag. 66), d. h. im *Körper* nachzusehen!

Also: wenn der Mann zornig wird, wenn das Kind lügt, so schicke man nach dem Arzte, zum Zwecke der Untersuchung, ob die Ursache zu solcher „Abwegigkeit" nicht in der Verdauung oder Harnabsonderung zu finden sei! Nun — leider geschieht das bereits -- nicht selten!

Oder: „Alles, auch das scheinbar Abstracteste, muss *körperlich* begründet sein..., wären es auch nur die Ovarien und Testikel, die daran Schuld hätten...!"

(Aus: „Die Neurasthenie, ihr Wesen, ihre Bedeutung und Behandlung" von Prof. Arndt. Wien und Leipzig 1885).

[7]) Angefangen von den Zuständen, wo psychischer Einfluss in seiner Wirkung fast gleich Null ist, wie bei Narkotisirten, Idiotischen, gewinnt er gradatim um so grössere Bedeutung, bis er in manchen Zuständen ganz allein die Entscheidung hat, wie z. B. bei den sogenannten „Nervösen". Diese werden ja von ärztlichem Irrlehre für körperlich Kranke erklärt.

Ihr Zustand ist aber ebenso wenig auf körperlichen Veränderungen beruhend, wie derjenige eines Zornigen, eines Reumüthigen, eines Zaghaften, Liebenden oder Hassenden, Tapferen oder Feigen, Boshaften oder Wohlwollenden, also beliebigen anderen psychischen Erregungen des Gesunden zu vergleichen.

Die Nervosität, die sogenannte „Nervenschwäche", bedeu

Umgekehrt — je geringer die wirklichen Functionsstörungen, um so grössere Bedeutung gewinnt das Beurtheilen der begleitenden Empfindungen.

So kommt es, dass bei einer Unzahl chronischer Krankheiten, in denen die Functionsstörungen oft unbedeutende, oft kaum objectiv nachweisbare sind, das Leiden des Kranken ein unerträgliches wird. Und dem Leidenden kommt es gewiss nicht darauf an, wie gross oder klein der wirkliche Reiz, die wirkliche Empfindung im engeren Sinne ist, sondern nur darauf, was *er* empfindet, d. h. wie *er* die Empfindung *beurtheilt*.

Dieser Umstand ist seit jeher benutzt worden, meist zu persönlichem Nutzen des Leidenden, nicht immer zu Nutzen der Wahrheit, sowohl von Laien als Aerzten, sowohl von Ehrlichdenkenden als abgefeimten Schwindlern.

Jeder aufgeklärte und thörichter persönlicher Eitelkeit entkleidete Arzt weiss, dass in unzähligen Fällen nicht die Medicin hilft, sondern der Umstand, dass *er* dieselbe *verordnet*. Daher das berühmte und berüchtigte, das oft so nützliche und oft so verderbliche „ut aliquid habere videatur"!

Weil es aber des Menschen Eigenthümlichkeit von jeher war und in der Neuzeit mehr als jemals ist, den Sitz jedes ihm unerklärlichen Leidens in die körperliche Zelle zu verlegen, so wird allüberall in der Welt der gewiss richtige Grundsatz, auf die Beurtheilung der Empfindungen, eine *rein psychische* Thätigkeit, auch nur mit *psychischem* Einfluss zu wirken, maskirt, wissentlich und unwissentlich, in gutem Glauben oder sicherer Berechnung, indem materielle oder scheinbar materielle Mittel zur Erreichung des Zweckes angewandt werden. Die grandiosesten Beispiele dafür bieten wohl die in jeder Zeit, in jedem Ort, in jedes Mal anderer Form auftretenden Besprecher, Magnetiseure, Mesmerianer, Kräuterfabrikanten, Mattheianer, Aerzte aus Tibet, die ungezählten und stets mit Erfolg verbreiteten Geheimmittel etc., etc., vor Allem aber die *Homöopathen*. Nur ärztliche Bornirtheit kann leugnen, dass namentlich letztere, da dieselben keinen directen materiellen Schaden, ausser durch Unterlassungen, stiften, dem Leidenden auffallende Linderung, selbst scheinbare Genesung bringen. Sie verfahren eben nach dem vollkommen rationellen Grundsatz: wo nicht das Leiden an und für sich, sondern die persönliche Beurtheilung des Kranken die Hauptsache bildet, da verzichte man ganz und gar darauf die *Krankheit* zu behandeln, sondern beeinflusse das *Empfinden*. Das thuen sie, das ist ihr Geheimniss und daher ihr unzweifelhafter bleibender Erfolg.

Auch sind die Angeführten alle durchaus keine Betrüger, insofern sie ja meist in gutem — Aberglauben handeln, und selbst im schlimmsten Fall, d. h. wenn sie gegen klare Einsicht operiren, betrügen sie nicht das einzelne Individuum, denn sie wissen, was ihm Noth that, sondern sie machen sich einer Verdunkelung der Wahrheit, eines Betruges gegen die Menschheit schuldig.

Die Altersschwäche repräsentirt einen Zustand, der obgleich häufig mit Krankheit complicirt, doch nicht als solche aufzufassen ist, da derselbe die naturgemässe regressive Metamorphose vorstellt. Sie wird charakterisirt durch Verfall der Kräfte und Functionen. Da derselbe ganz allmälig eintritt, so sind die Functionsstörungen oft noch sehr geringe. Diese werden von einer Reihe mannigfacher Empfindungen begleitet. Der Altersschwache ist meist in der Lage, dass die eintretende Verminderung der Kraft und Rüstigkeit, des Appetits etc. seine Lebensstellung nicht gefährdet. Nicht die Altersschwäche an sich ist es, an der das Individuum zu tragen hat, — darum ist auch noch gegenwärtig ein Greis keine Seltenheit, der „leicht die Last der Jahre trägt" — sondern die Art der Werthmessung begleitender Empfindungen ist es, die ihm seinen Zustand erträglich oder unerträglich erscheinen lassen.

Es ist ein Characteristicum gegenwärtiger Zeitrichtung, dass der Mensch sich nicht in das Unabänderliche fügen will, darum auch immer häufiger die Leute, welche die Anzeichen des herannahenden Alters wegleugnen und denselben eine andere Deutung geben möchten.

Vor einem Menschenalter war es noch keine Seltenheit, dass eine alternde Frau die Curversuche eines übereifrigen Arztes als gegen den natürlichen und unausbleiblichen Lauf der Dinge gerichtete, zurückwies. Während gegenwärtig in solchen Fällen meist bereits die stillschweigende Abmachung zwischen Arzt und Patientin besteht, die herannahenden Symptome der climacterischen Jahre eher allem Anderen nur nicht diesen zuzuschreiben.

Dieses Unvermögen des modernen Menschen, sich in unabwendbare Naturgesetze zu fügen, nimmt so überhand, dass manche Staaten bereits zu der Zwangsmaassregel des „Alterscensus" ihre Zuflucht nehmen. Und wo ein solches Gesetz nicht existirt, da muss der Schaden, der aus mangelnder Einsicht in die Naturgesetze entstehen könnte, zuweilen durch einen Eingriff ersetzt werden, der die Welt in Erstaunen versetzt.

In geistiger Hinsicht kennzeichnet sich diese gegenwärtig so verbreitete Richtung des Sträubens gegen die Naturnothwendigkeit dadurch, dass der Altersschwache so selten die richtige Einsicht über den Ausfall geistiger Kraft behält. Dieser Ausfall aber thut sich vor allem Anderen in einem Erlahmen schöpferischen Vermögens kund und es ist traurig, wenn der Altersschwache diesen Mangel schöpferischen Könnens vor sich und Anderen verbergen und ihn durch aliquid ersetzen will.

Hiernach kann es nicht Wunder nehmen, wenn auch ein grosser Physiologe im Mai 1889 auf den Gedanken verfiel, sich gegen das Naturgesetz aufzubäumen, sich zu verjüngen.

Bei dem ersten Schritt aber bewies er gleich, dass *seine* Altersschwäche schon sehr weit vorgeschritten sein musste. Die höheren Grade derselben kennzeichnen sich dadurch, dass der Mensch geistig dem Kinde ähnlich wird. Wie diesem erscheint sich der Altersschwache als der Punct, um den das Weltall kreist; alle Dinge und Ereignisse werden in das Licht gesetzt, in welchem sie auf die *eigene* Person Beziehung zu haben scheinen. Brown-Séquard begnügt sich nicht mit der Arbeit des Alters, dem Sichten, dem Ordnen dessen, was sein reicher Verstand und seine glänzende Arbeit aufgespeichert haben; er verträgt nicht das Verschwinden des schöpferischen Genius, er will eine *schöpferische* That vollbringen. Unter den vielen Ideen, die ihn auffrischen könnten, wählt er eine, die zum Gegenstande hat — die Renovirung des *eigenen* Körpers.

Wenn aber weiter die Altersschwäche nicht bereits *sehr* gross gewesen wäre, so hätte der *Physiologe* sich sagen müssen, dass man an die Lösung *ärztlicher* Probleme durch Experimente am *Menschen* nicht herantreten darf ohne ärztliche Erfahrung und ohne Kenntniss des Menschen. Er hat weder die ärztliche Erfahrung noch das Leben consultirt.

Diese Erfahrungen aber lehren:

Bei vielen Krankheiten, krankhaften Zuständen und jeder Schwankung in dem Befinden des Menschen überhaupt ist Beeinflussung der Beurtheilung von Empfindungen von ausschlaggebender Bedeutung, und diese *psychische* Thätigkeit kann nur psychischem Einflusse unterliegen, nicht körperlichen Mitteln. Besonders eclatant äussert sich dieser psychische Einfluss in Zuständen der Altersschwäche.

Wenden wir uns also, was Brown-Séquard unterlassen, zu den Erfahrungen des Lebens, zu den Beobachtungen der Aerzte.

Auch diese kann Jedermann durch tägliches Umsehen vermehren so viel Papier und Druckerschwärze reichen.

Ich frage, wer von Aerzten und Laien hat nicht Fälle in Menge erlebt ähnlich demjenigen, den ich hier anführen will, ohne Suchen, wie er sich unter unzähligen der Erinnerung bietet? Wer könnte nicht täglich derlei Beobachtungen vermehren, vorausgesetzt nur, dass er beobachten will, denn die Gelegenheit dazu bietet sich überall.

Ein Grossmütterchen, das sich wegen zunehmender Altersschwäche zurückgezogen hat, allein für sich lebt, um nicht den lieben Anverwandten durch ihr Leiden beschwerlich zu fallen. Sie hat das lebhafteste Interesse für die Angehörigen, aber da sie zu schwach ist, um sich irgend wie nützlich zu machen, so *muss* sie ganz ihrer Gesundheit leben, der Pflege des eigenen Körpers. Und so lebt sie einige Jahre unter stets zunehmenden Beschwerden, die zu schildern sie nicht müde wird. Es stirbt ihre Lieblingstochter. Grossmutter versucht zunächst sich nun etwas der mutterlosen Waisen anzunehmen. Bald vertritt sie ihnen vollkommen die Mutter. Sie vernachlässigt nun vollkommen ihre eigene Gesundheit, sie schont sich nicht, setzt sich jeder Strapatze aus. Man hört nichts mehr von ihren Leiden. Sie ist nicht jünger geworden, sondern älter. Ihre Kräfte aber reichen jetzt aus. Sie fühlt keine Schwäche. Grossmutter ist ganz *verjüngt*.

Wer aber, wie Brown-Séquard, solche Beobachtungen nicht gemacht, oder in unbegreiflicher Blindheit dieselben nicht zu deuten verstanden hat, dem sei es noch einmal gesagt.

Alle solche Fälle beweisen nur das eine:

> anderweitige psychische Thätigkeit giebt — und zwar je vielseitiger und intensiver sie ist — desto mehr den Dämpfer, die Hemmung für die einzelne Thätigkeit, die Abwägung der Empfindungen.

Das Leben selbst, soweit es nicht von Irrlehren daran behindert wird, sorgt für Errichtung dieses dem Menschen so wohlthätigen Dämpfers. Wo er abgeschwächt ist oder gar fehlt, da wächst das Jedem innewohnende, eigenthümlich expansionsfähige Abschätzungsvermögen bis zum Fratzenhaften. Der Nadelstich

---

den Zustand des Menschen, der sein geistiges Vermögen vorwaltend auf Beurtheilung eigener Empfindung verwendet.

Während er in meist langjähriger Uebung alle anderen geistigen Functionen zu untergeordneter Stellung herabzudrücken gelernt hat und dabei, dem Zeitgeist Rechnung tragend, gewohnt ist, für jedes Unbehagen, jedes Leid, jede „Abwegigkeit" der Seele körperliche Ursachen zu suchen und zu finden.

Wie weit aber der *Körper* eine Rolle bei dem Leiden der Nervösen spielt, das attestirt Beard („die Nervenschwäche", Uebers. von Neisser, 1883), dem sicher das grösste Beobachtungsmaterial zu Gebote gestanden, mit den zutreffenden Worten: „mit einem Worte, sie (die Nervösen) sehen jung aus, aus demselben Grunde, aus dem sie eine lange Lebensdauer haben". Und an anderer Stelle constatirt er ebenso richtig, dass Nervöse viel schwerer als Andere Krankheiten unterworfen sind und sie leichter überstehen. Eine ungewöhnliche „Krankheit" also, — die jünger macht, widerstandsfähiger!

kann als schmerzhafter empfunden, d. h. beurtheilt werden, denn das Ausreissen eines Auges, und das Summen einer Fliege das Ohr empfindlicher beleidigen als ein Donnerschlag.

Soll ich noch zum Ueberfluss an die jedem Erfahrenen bekannten Fälle erinnern, in denen schier wunderbare Heilungen auf psychische Einwirkung hin erfolgen, wohlgemerkt aber stets dort, wo keine organische Veränderung der Körperzelle besteht, beispielsweise bei gewissen „Gelähmten".

Schon der alte Chirurg Dieffenbach berichtet von hysterischen Gelähmten, die plötzlich den Gebrauch der Glieder wiederfanden bei — den Vorbereitungen zu einer Operation! Weltbekannt sind die Fälle, wo Jahre lang Gelähmte auf einen Ruck ihre Lähmung verlieren, bald aus dem Wagen springen, in Folge eines Schreckes, oder das Bett verlassen, an welches sie lange gefesselt waren, in Folge freudiger Ueberraschung; oder Blinde wieder sehend werden nach erschütternden Ereignissen. . . .

Aus allen Zeiten und aus aller Herren Ländern fehlt es nicht an ähnlichen Beispielen von Genesungen in Folge psychischer Mittel. Bald ist's ein Orakel, bald ein Zauber, bald ein heiliges Wasser; hier ein Opfer, dort ein wunderthätiges Bild, ein geheimnissvolles Kraut, ein Amulet, ein Handauflegen oder ein Spruch, eine Besprechung.

Ob wir nun also in das alltägliche Leben blicken, ob in die Vergangenheit, einerlei ob wir das Treiben der Laienwelt beobachten, oder den Humbug, oder ärztliches ernstes Thun, überall stossen wir auf die weiteste Anwendung von „Psychicis". Aber stets lässt sich nachweisen, dass je schwerer die körperliche Functionsstörung, desto ohnmächtiger die Wirkung eines psychischen Einflusses, je geringer jene, desto grösserer Spielraum für letzteren, um so freieres Walten für die geistige Function der Abwägung der Empfindungen.

Und wo wir nur Gelegenheit haben, die Anwendung solcher Psychica zu beobachten, überall können wir uns überzeugen, wie die allergewöhnlichsten derselben, sei es der Zuspruch einer Mutter, ein rothes Bändchen um's Handgelenk, — oder ein geschickt lancirtes Reclamemittel in ihrer Wirkung das Psychicum Poehli in den Schatten stellen.

Ja, voller scheinbarer Widersprüche sind all' die gemusterten Mittel, wenn man nicht den leitenden Faden zu erkennen vermag. Bald ist's rationelles ärztliches Mühen, bald Homöopathie, hier ehrlichster Wunsch zu helfen, da Humbug, einmal Einflüsse, die den Körper *schwächen*, dann solche, die ihn *stärken* und stets dasselbe Resultat der zeitweiligen Heilung, weil überall das wirksame Agens ein *Psychicum*.

So kann es Niemand Wunder nehmen, dass Brown-Séquard nach der von Jahrtausenden bestätigten Erfahrung *auch* zeitweilige Wirkung verspürte von *seinem* Psychicum. Zum Erstaunen ist nur, dass nach dem vorübergehenden Erfolge, aber immerhin einem Erfolge, er so rasch den Muth sinken liess, dass ihn nicht eine neue Idee begeisterte, — sie hätte ihn weiter verjüngt.

Ich hoffe dargethan zu haben, dass Brown-Séquard ein Stimulans angewandt hat, dass, zwar stets unter anderer Maske,— oft unter der eines *körperlichen* Mittels, — bereits seit undenklichen Zeiten in Gebrauch war und eben noch in der allerverschiedensten Form schwungvoll abgesetzt wird.

Diejenigen aber, welche die Absicht haben, das von Brown-Séquard aufgegebene Stimulans weiter leben zu lassen, die mögen doch einsehen, wie gering das neue Mittel ist, wie schwächlich; wie wenig überzeugend die Zeugnisse sind, welche die Wirksamkeit desselben nachweisen sollen. Mögen sie doch die Attestate, resp. Danksagungen durchblättern, die in Tausenden die Wirksamkeit der Tausende verschiedener anderer Psychica bezeugen. Ob man sich nun der Lobpreisungen erinnert, welche von Gebildeten aller Stände, selbst gekrönten Häuptern einer berüchtigten Kräuterkünstlerin Deutschlands zu Theil wurde, oder Derjenigen, die durch Malzextract oder Kräuterbonbons „geheilt", „gerettet" wurden. Wie beredt, wie überzeugend und wie unwiderstehlich wahrheitsgetreu*) ertönen alle diese Zeugnisse und wie blass, wie indifferent und zaghaft die, welche Herr Prof. Poehl für sein Spermin eingesammelt.

Wollte sich doch Herr Prof. Poehl, um sich von der Wahrheit dieser meiner Behauptung zu überzeugen mit einigen literärischen Erzeugnissen des Westen's bekannt machen, die sich freilich meist im „Reclametheil" der medicinischen Blätter finden und die eclatantesten Heilungen attestiren.

Kennen Sie z. B. die Herren DDr. Gryglewicz aus Taschruck und C. Witte aus Barth. Sie nicht? Ich auch nicht. Doch haben wir, wenn wir *glauben wollen*, die Verpflichtung, diesen Herren nicht minder Glauben zu schenken als jedem anderen „praktischen" Arzt. Die heilen im Handumdrehen jede bis dahin aller Behandlung trotzende veraltete Anaemie, Amenorrhoe, „durch und durch hysterische Frauenzimmer" u. s. w. mit Liquorferro-mang. — Pepton. Diese Heilungen tragen ihre Früchte der Firma „chem.-pharm. Präparate von A. Keysser in Hannover"*). Die Berichte sind im gewissen Sinne lesenswerth, in so fern sie zeigen, um wie viel die Wirkungen des Sperm. hydrochl. sterilisat. P. von anderen derartigen Mitteln übertroffen werden!

*) Es wäre doch eine Thorheit, die Tausende und Abertausende der sich für "geheilt", für „gerettet" Erklärenden und von denen man so Vielen und so Zuverlässigen auch im Leben begegnet, für Betrüger zu halten! Nicht geringer die Thorheit, sie für „Betrogene" zu halten. Sie haben in Wahrheit Linderung gefunden, oft auch Heilung, sei es durch einen verblendeten Fanatiker, sei es selbst durch einen wissentlichen Betrüger, aber stets durch Einen, oder Eines, — welches auf ihre Psyche speciell wirkt.

*) Die Bekanntschaft mit diesen Heilerfolgen ist mir durch eine № der „Berlin. klin. Wochenschr." geworden. Nach einem neueren Verfahren werden solche lose Blätter so fest haftend zwischen die Seiten der Zeitschrift eingebogen, dass es schwer gelingt, dieselben wie früher in den Papierkorb auszuschütteln.

Jedem Denkenden muss es also klar sein, dass das Sperminum Poehli nur eine neue Form der von Alters her gebräuchlichen Mittel darstellt. Dass es völlig wirkungslos, — und wo es einigen, sehr geringen Einfluss zu haben scheint, dieser auf Neubelebung des Muthes, der Zuversicht gegründet ist — dafür bringt er selbst Beweise. Desgleichen aber drittens dafür, dass es nicht immer indifferent zu sein braucht, sondern Gefahr bringen *kann*.

Meint aber Prof. Poehl im Ernst die Behauptung aufrecht zu erhalten, dass in seinem Präparate eine stofflich-körperliche Wirkung enthalten sei, dann sündigt er ausser anderem auch noch gegen den gesunden Menschenverstand.

Die Möglichkeit einer stofflichen Wirkung der Spermin*emulsion* lässt sich wenigstens nicht a priori zurückweisen, so unwahrscheinlich eine solche ist. Jeder lebendige physiologische Stoff stirbt ab, sobald er den lebenden Organismus verlässt. Haben wir doch dem Kranken Blut in die Adern gespritzt, in der Meinung ihm etwas Lebendiges zuzuführen und haben uns überzeugt, dass wir ihn nicht mit lebendem Blut, sondern mit einer thierischen Flüssigkeit versorgten, die zweckmässiger durch Kochsalzlösung ersetzt wird. Indessen es ist bekannt, dass Spermatozoen, kurze Zeit zwar, ausserhalb des Organismus ihre Bewegung, also vielleicht ihre Lebensfähigkeit behalten. Wäre dies Factum auch nur ein vereinzeltes, so könnte zugegeben werden, dass wir einmal die Bedingungen kennen lernen werden, unter denen lebendiger Stoff aus einem Organismus in den anderen übergeführt werden *könnte*.

Noch anders steht es mit aliquid sterilisatum! Ein Kunstproduct und gar ein sterilisirtes kann niemals organisches Leben Bedeutendes vorstellen. Und die phantastischen, mindestens auf Nichts gegründeten Vermuthungen, die Dr. Roschtschinin (pag. 14 und 15) für die Wirkungsweise des Spermin aufstellt, könnten sich allenfalls noch auf die Sperminemulsion beziehen, — auf das sterilisirte Kunstproduct aber niemals.

Das widerspricht eben den Grundgesetzen der Natur. Aus der chemischen Retorte kann niemals etwas Lebendiges, Zeugendes, Neuschaffendes, Aufbauendes entstehen. Wenn man uns prophezeiend sagen wollte, dass im chemischen Laboratorium ein Stoff gezeugt werden wird, von dem ein Atom genügen wird, um tausende von Leben zu vernichten, so müssten wir die Möglichkeit zugeben. Die Chemie producirt eben Stoffe von wunderbarer Wirksamkeit, stets aber nur auf den Organismus toxisch, wenn auch dadurch in Krankheiten wohlthätig, wirkend. Nie aber kann die Chemie, die Kunst etwas das organische Leben Förderndes, Verluste Ersetzendes, Stoff und Kraft direct Anregendes geben.

Die Naturlehre giebt auch keine Spur von Anhaltspuncten für solche Annahme selbst in fernster Zukunft. Selbst das Kunstproduct, das fast so verbreitet wie ein Nahrungsmittel, der Wein, welcher seit Jahrhunderten als stärkend, anregend, belebend, gerühmt wird, trägt diese Titel mit Unrecht; seine wohlthätige Wirkung in gesunden und kranken Tagen beruht nur auf seiner narkotischen Eigenschaft, seiner Eigenschaft, in mässigen Gaben unangenehme Empfindungen zu dämpfen oder einzuschläfern und damit das Hemmniss für ungestörte Functionen zu beseitigen.

Sterilisirtes, d. h. *Ertödtetes* und *zugleich* Leben gebendes, das ist ein Nonsens, das ist ein Hohn auf den gesunden Menschenverstand!

Die Artikel des Herrn Poehl haben leider in medicinischen Fachblättern Aufnahme, also gleichsam Stütze, gefunden. Es ist aber kaum berücksichtigt worden, wie leicht solche Schriften, — erfahrungsgemäss —, den Weg zu dem Laienpublicum finden. Und da pflegen sie unberechenbaren Schaden zu stiften. Man muss nämlich wissen, wie der Laie solche Broschüren liest, wodurch er gefangen wird, besonders, wenn er das glühende Verlangen hat, gefangen zu werden, — Verjüngung zu finden... Wie derselbe kritiklos liest, nur darauf verweilend, was ihm imponirt, was er versteht und was er wünscht!

Da erscheint denn die Broschüre des Herrn Poehl, so wenig ihm das bewusst sein mag, — nur zu sehr nach dem bewährten Recept verfertigt, wie wir es an hunderten von Anpreisungen, Prospecten, Berichten über Badeorte, Heilanstalten, etc., etc. zu finden gewohnt sind. Vor Allem klangvolle Namen von Gelehrten. — Brown-Séquard, Tarchanow. Dann die Namen der Sterne zweiter Grösse. Dann die Zeugnisse von Aerzten. Dasjenige aber, was die Angeführten zu Gunsten des neuen Mittels *nicht* sagen, resp. zu seinen Ungunsten aussprechen, das gruppirt sich in einer Weise, dass dem Kritiklosen gegenüber Alles zu Gunsten des Mittels zu reden scheint. Es folgt die Be-

schreibung der Darstellung, aus welcher der Einsichtige nur folgern kann, dass chemische Operationen vorgenommen wurden, dass reducirt und destillirt wurde. Ein Vorurtheilsloser kann sich aber beim besten Willen nicht davon überzeugen, dass Herr Poehl etwas anderes darstellt, als irgend etwas, das beim Zerlegen in einige CH und einige NH, in beliebiger Angabe zerfallen könnte. In diesem Umstande liegt besonders der Grund, warum wir den Aerzten, die sich zu den Experimenten mit dem Sperm. Poehli hergegeben, den schwersten Vorwurf des Leichtsinnes machen müssen.

Am Thiere, geschweige denn am Menschen experimentirt man nur mit einem Stoff, dessen *Vorhandensein* mindestens constatirt ist. Herr Poehl, durch den Mund des Dr. Roschtschinin — constatirt ja selbst, dass viele Gelehrte des Auslandes die Existenz eines Spermin bezweifeln. Ich bezweifle, dass überhaupt irgend einem Gelehrten dieser Stoff je bekannt werden dürfte! Jedenfalls dürften Aerzte mit demselben nicht früher experimentiren, als bis *alle* Gelehrten über Natur und Eigenschaften eines neuen Stoffes *vollkommen einig* sind.

Doch es fehlt an Lust und Zeit, alles das en detail zu beleuchten, was den kritiklosen Leser der Broschüre des Herrn Poehl verwirren könnte. Ich will nur noch auf das Hauptmoment hinweisen, das sich in menschlicher Schwäche, junge und alte erectionsbedürftige Greise heraussuchen könnten. Wie oft ist nicht von Erectionen die Rede [10]).

Doch genug damit!

Wir Aerzte können uns nicht gegen *allen* Unverstand, gegen alle Thorheiten der Menschheit auflehnen. Die Kräfte reichen nicht. Aber wir müssen uns selber rein erhalten, fern von jeder Betheiligung an Unternehmungen, die als zu thörichten oder anderen Zwecken unternommen gedeutet werden könnten. Ich wiederhole es, — die Broschüre des Prof. Poehl an und für sich dürfte keinen Arzt alteriren.

Doch wo ein solches Werk unter ärztlichem Schutz auftritt, da müssen wir wenigstens — energisch gegen möglichen Schaden desselben protestiren.

Darum hoffe ich nicht allein zu stehen, wenn ich gegen das besprochene Unternehmen des Herrn Prof. Poehl energischen Protest einlege im Namen des Wohles der leidenden Menschheit, im Namen der Wissenschaft und des gesunden Menschenverstandes!

Referate.

W. A. Meredith: Ueber den gegenwärtigen Stand der Bauchchirurgie. Vortrag gehalten am 14. April 1890 in der Medical Society of London. (The Lancet № 3477-78).

(Fortsetzung.)

Operationen wegen absoluter Geburtshindernisse. Diese können in Difformitäten des Beckens, soliden Beckengeschwülsten oder Uterusgeschwülsten bestehen. Früher wurde die Craniotomie in solchen Fällen wenn irgend möglich ausgeführt und häufig dabei das Leben der Mutter mit geopfert. Heutzutage sind an Stelle der Craniotomie die Porro'sche Operation und der Kaiserschnitt getreten, die für Mutter und Kind sicherer sind und ausserdem eine wiederholte Conception verhindern. Die Entfernung des Uterus bei der Porro'schen Operation geschieht auf dieselbe Weise wie bei der abdominalen Hysterectomie wegen Fibrom und bietet gewöhnlich keine Schwierigkeiten. Die einzelnen Acte der Sectio cesarea, die durch Sänger in letzter Zeit vervollkommnet ist, lassen sich in Kürze folgendermassen zusammenfassen. Schnitt durch die Bauchdecken, Hervorwälzen des Uterus aus der Bauchhöhle, Vernähen der oberen Hälfte der Bauchwunde, Schutz der Peritonealhöhle durch Schwämme, elastische Ligatur des unteren Endes des Uterus, Eröffnung der Uterushöhle durch einen medianen Schnitt, Sprengen der Eihäute, Extraction der Frucht, Tamponade des unteren Theiles der Uterushöhle, Entfernung der Placenta und der Eihäute, Reinigung der Uterushöhle, Anlegen von tiefen Nähten durch die Uterusmusculatur, Entfernung der elastischen Ligatur und des Tampons, Ausspülen des Uterus von oben durch den Cervicalcanal mit Sublimatlösung 1:2000, Einführen eines Jodoformtampons in den Cervicalcanal, Knüpfen der tiefen Uterusnähte, genaue Vernähung der Uterusserosa, Unterbindung der Tuben. Die Wahl zwischen der Porroschen Operation und dem Kaiserschnitt kann jedem Operateur überlassen werden; die Resultate sind gleich günstig.

Die Behandlung der *tuberculösen Peritonitis* durch Laparotomie, Entleerung des Exsudats und Schluss der Bauchwunde in verhältnismässig frühen Stadien der Krankheit, wo dieselbe noch streng localisirt ist, ist durch die praktischen Erfolge durchaus gerechtfertigt. Die Gefahren der Operation sind gering.

Die Laparotomie wegen *eitriger Peritonitis* im Puerperium giebt ungünstige Resultate, wohl hauptsächlich deswegen, weil die Eiterung secundär vom Uterus ausgehend ist. Der Vorschlag von Lawson Tait, dass man in solchen Fällen zugleich den Uterus entfernen soll, dürfte wohl kaum Unterstützung finden.

Die Eröffnung der *Beckenabscesse* von der Bauchhöhle her ist ein grosser Fortschritt gegenüber der vaginalen Methode. Bei sorgfältiger Ueberlegung gelingt es meist das Peritoneum vor Infection zu schützen. In jedem Fall müssen die Schnittränder des Abscesses an die Bauchwunde angenäht werden.

Die Chirurgie der Leber umfasst Echinokokkuscysten, Gallensteine und Abscesse. Die ersten sollen durch Laparotomie blosgelegt, eröffnet und drainirt werden. Die zweizeitige Operation hat keinerlei Vortheile vor der einzeitigen. Die früher übliche Punction mit nachfolgender Injection von Jodtinctur ist unsicher und gefährlich.

Die chirurgische Behandlung von Gallensteinen ist erforderlich, wenn dieselben entweder den Ductus cysticus oder den Ductus choledochus ganz oder theilweise verschliessen. Die Gallenblase ist entweder vergrössert und mit Galle und Schleim gefüllt oder klein und mit Steinen vollgepfropft. Die gewöhnliche Operation in solchen Fällen ist die Cholecystotomie: Blosslegung der Gallenblase, Eröffnung derselben und Entfernung der Steine. Diese letztere ist zuweilen ganz leicht, zuweilen aber äusserst schwierig, wenn ein Stein tief im Ductus choledochus eingekeilt ist. Man kann dann versuchen ihn mit einer Zange zu zerbrechen und stückweise zu entfernen oder ihn in das Duodenum zu stossen; gelingt das nicht, so könnte man versuchen ihn zu excidiren und den durchschnittenen Gallengang sorfältig zu vernähen. Nach Beseitigung des Verschlusses wird, wenn möglich, die Gallenblase an die Bauchwunde genäht und drainirt. Ist sie dazu zu klein oder zu zerreisslich, so kann man zwei Verfahren einschlagen. Entweder vernäht man die Oeffnung der Gallenblase und versenkt sie in die Bauchhöhle, wobei die Bauchhöhle in ihrer Nachbarschaft zu drainiren ist, — oder man exstirpirt die ganze Gallenblase (Cholecystectomie). Das Innere der Blase wird sorgfältig gereinigt, das ihren Hals bedeckende Peritoneum sauber gespalten und darnach der Ductus cysticus soweit isolirt, dass er unterbunden, durchschnitten und mit der Blase exstirpirt werden kann. Nach sorgfältiger Blutstillung und Vereinigung der Peritonealwunde wird ein Drain eingeführt und die Bauchhöhle geschlossen. — In den äusserst seltenen Fällen, wo der Ductus choledochus nicht behoben werden kann, stellt man eine künstliche Communication zwischen der Gallenblase und dem Duodenum her (Cholecystenterostomie) — eine äusserst schwere Operation. Circumscripte eitrige Peritonitis als Folge der Ruptur einer ausgedehnten und entzündeten Gallenblase erfordert Incision und Drainage. Die Digitaluntersuchung der Abscesshöhle ist zu unterlassen, damit nicht frische Adhäsionen zerrissen werden. — Godlee's reiche Erfahrungen über *Leberabscesse*, die er jüngst veröffentlicht hat, lassen ihn zu folgenden Schlüssen kommen: Pyämische Abscesse, Abscesse die durch Pyelophlebitis entstehen, sowie die multiplen Abscesse bei Dysenterie, unterliegen keinem chirurgischen Eingriff. Singuläre Abscesse, seien sie nun tropisch oder nicht, sollen, wenn sie oberflächlich liegen, unter antiseptischen Cautelen eröffnet und drainirt werden, namentlich nach der Bildung von Adhäsionen an die Bauchwand. Probepunctionen sollen in der Regel nach der Eröffnung des Abdomens, bevor man incidirt, vorgenommen werden. Durchbruch eines Leberabscesses in die Bauchhöhle ist nach allgemeinen chirurgischen Regeln zu behandeln.

Die Fortschritte auf dem Gebiete *der Nierenchirurgie* sind im letzten Winter ausführlich von Thornton in der Harveian Society of London besprochen worden. Hier sollen nur die Hauptpuncte hervorgehoben werden. Die *Nephrorrhaphie* zur Fixation der Wanderniere hat keine sicheren Resultate, da sie aber ungefährlich ist, kann sie immerhin versucht werden, wenn alle anderen Mittel zur Beseitigung der Beschwerden fehlschlagen. Die wiederholte Punction der einseitigen erworbenen *Hydronephrose* mag hin und wieder zufällig zur Heilung führen, meist muss man jedoch zur Nephrotomie oder Nephrectomie schreiten. Die erstere wird zuweilen zur Entdeckung und Entfernung eines obstruirenden Steines führen, wenn das nicht der Fall ist, würde sie eine bleibende Urinfistel hinterlassen. Daher ist in diesem Fall das erkrankte Organ ganz zu entfernen. Die Behandlung *der Nierensteine* unterliegt wegen der Schwierigkeit der Diagnose sehr verschiedenartiger Beurtheilung. Die Symptome der Nephrolithiasis, als Lumbalschmerzen, Druckempfindlichkeit, gelegentliche Hämaturie werden oft durch Reflexerscheinungen verschiedenster Art maskirt; und selbst wenn sie deutlich ausgesprochen sind, kann sowohl ein Stein als auch jede durch die Palpation erkennbare Veränderung der Niere fehlen. Oder wenn diese Symptome wirklich durch einen Stein hervorgerufen werden, so können sie auf sympathischem Wege von dem kranken auf das gesunde Organ übertragen werden, — eine für die Operation sehr verhängnissvolle Möglichkeit. Die vielen Misserfolge bei Operationen wegen Nephrolithiasis zeigen deutlich, dass wir in jedem gegebenen Fall vollkommene Klarheit darüber haben müssen, erstens, dass ein Stein existirt und zweitens in welcher Niere er sitzt, bevor wir zur Operation schreiten.

[10]) Hätte doch Prof. Poehl, seine Experimentatore, oder auch seine Clienten sich dessen erinnert, was der viel erfahrene Niemeyer in seinem alten Handbuch über die gelegentliche zauberhafte (psychische) Wirkung eines so harmlosen Mittels, wie Aqua destillata, auf Impotente anführt!

Thornton hat daher den beachtenswerthen Vorschlag gemacht, sich durch Probelaparotomie von dem Zustand der Nieren zu überzeugen, bevor man zur Nephrolithotomie durch den Lumbalschnitt schreitet. Die Behandlung der einseitigen *Tuberculose des Nierenbeckens* ist bei frühzeitiger Diagnose durch Lumbalschnitt und Drainage zuweilen erfolgreich behandelt worden. Die Differentialdiagnose von Nephrolithiasis ist im Beginn äusserst schwer; in späteren Stadien dient zur Unterscheidung, dass bei der Nierentuberculose Eiter constant im Urin vorkommt und auch bei Ruhelage des Patienten Hämaturie auftritt, während bei der Pyelitis calculosa der Eiter schubweise entleert wird und Blut im Harn gewöhnlich nur nach körperlichen Anstrengungen auftritt. Von Geschwülsten sind die wichtigsten Sarcome und Carcinome. Die *Sarcome* finden sich am häufigsten bei kleinen Kindern, wachsen schnell und machen ausgebreitete Metastasen. Sie sind als ein Noli me tangere zu betrachten. Bei Erwachsenen dagegen entstehen die Sarcome gewöhnlich in der Nierencapsel, wachsen langsam, und zeigen oft sehr wenig Tendenz die Nierensubstanz zu ergreifen. Ihre frühzeitige Exstirpation giebt gute Chancen für vollständige Genesung. *Die primären Nierencarcinome* sind meist medullare, seltener kommen Scirrhus und Colloidcarcinome vor. Sie scheinen gelegentlich im Anschluss an Nierensteine und an Verletzungen zu entstehen, sind gegen Druck empfindlicher als die Sarcome und verursachen Schmerzen und Hämaturie. Die Exstirpation der Niere, bevor der Tumor auf die Nachbarschaft übergegriffen hat, dürfte häufig das Leben verlängern und ist deshalb wohl werth versucht zu werden.

Die chirurgischen Eingriffe lassen sich folgendermaassen gruppiren:

I. Punction und Aspiration von der Lumbalgegend her: a) um zu bestimmen ob ein zweifelhafter Tumor flüssig oder fest ist; b) um den Sitz eines renalen oder perirenalen Abscesses zu bestimmen; c) um die durch Eiter oder Urin veranlasste schmerzhafte Spannung zu beseitigen, wenn die Ausführbarkeit der Nephrotomie zweifelhaft ist; d) um die Beseitigung einer Hydronephrose zu versuchen.

II. Die Nephrotomie durch Lumbalschnitt und Drainage: a) bei einfachen Cysten, Hydatiden und Abscessen der Nieren; b) bei Hydronephrose, welche voraussichtlich durch Einklemmung eines Steines im Ureter verursacht ist, wobei die extraperitoneale Ureterotomie folgen muss; c) im Beginn einer einseitigen Tuberculose; d) bei traumatischer Pyonephrose oder Pyelitis.

III. Nephrolithotomie nach vorausgegangener probatorischer Laparotomie.

IV. Nephrectomie wegen Geschwülsten, vorgeschrittener Tuberculose oder langbestehender Hydro- oder Pyonephrose.

Meredith giebt mit Thornton dem Bauchschnitt den Vorzug vor dem Lendenschnitt, weil man sich von der Bauchhöhle aus leichter über den Zustand beider Nieren und Ureteren überzeugen kann, weil die Entfernung grosser Geschwülste leichter gelingt und weil Verletzungen der Pleura, des Darms und des Peritoneums leichter zu vermeiden sind.

Chirurgie der Milz. Die Exstirpation einer verletzten aber sonst gesunden Milz ist gewöhnlich von gutem Erfolge, wenn nicht sonst schwere traumatische Complicationen vorhanden sind. Die Exstirpation einer Wandermilz, einfacher Cysten und Hydatiden, sowie von Sarcomen zeigt eine Mortalität von 17—18 %. Dagegen ist nach den bisherigen Resultaten die Entfernung einer einfach hypertrophischen oder Malariamilz, noch mehr aber die Entfernung von leukämischen Milztumoren durchaus zu widerrathen, vielleicht ist von einer besseren Versorgung des Stiels, als sie bisher möglich war, hier ein Fortschritt zu erwarten.

Chirurgie des Pancreas. Die äusserst seltenen Fälle, wo bisher die Exstirpation des Pancreas versucht worden ist, sind sämmtlich tödtlich verlaufen. Dagegen sind Abscesse und Cysten des Pancreas durch Incision, Annähen an die Bauchwand und Drainage häufig erfolgreich behandelt worden. (Schluss folgt.)

Christian Gram: Klinische Versuche über die diuretische Wirkung des Theobromin. (Therapeut. Monatsh. Januar).

W. von Schröder: Ueber die Verordnung des Diuretin. (Therap. Monatsh. Juli).

Nachdem von Schröder die starke diuretische Wirkung des Theobromin an Thieren constatirt hatte, veranlasste er Gram obige Substanz bei Herz- und Nierenleidenden einer Prüfung zu unterziehen.

Dieser Autor, der seine Versuche im Communehospital zu Kopenhagen angestellt hat, gelangt zu folgenden Resultaten:

Das reine Theobromin wird beim Menschen schwer resorbirt. Nach seiner Resorption wirkt es stark diuretisch, dabei übt es keine Einwirkung auf das Herz aus. — Das Diuretin (Theobromin-Natrium + Natrium salicylicum) wird leicht resorbirt und bewirkt ein bedeutendes Steigen der Diurese bei Herz- und Nierenleiden, ohne dass etwa schädliche Nebenwirkungen zu constatiren sind. Das salicylsaure Natron steht dabei zum Eintritt der Diurese in keiner Beziehung, denn in mehreren Fällen, wo es ohne diuretischen Erfolg geblieben ist, trat ein solcher bei Darreichung des Diuretin sofort ein.

Das *Diuretin-Knoll* (aus der chem. Fabrik von Knoll & Comp.) enthält 48 % Theobromin, während die Präparate anderer Fabriken weniger enthalten. v. Schröder empfiehlt daher bei der Verordnung des Diuretin den Namen Knoll hinzuzusetzen. Was die Verordnungsweise anlangt, so schlägt Verf. vor, es in Form einer Mixtur zu geben mit Zusatz von Oleum Menthae piper. oder Aqua Menthae; als Pulver ist es deshalb nicht zweckmässig zu verordnen, weil ein Theil des Theobromin durch Anziehen von CO_2 aus der Luft aus der Natronverbindung ausgeschieden und unlöslich wird. Die Dosis beträgt pro die 6—7 Grm. v. Schröder empfiehlt folgende Formel:

Diuretini-Knoll 5,0—7,0
Aq. destill. 90,0
Aq. Menthae 100,0
Syr. simpl. 10,0 1—2-stündlich ein Esslöffel.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Alfred Vogel: Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Seit der 9. Auflage gänzlich umgearbeitet von Dr. Philipp Biedert. 10. verm. u. verb. Aufl., mit 3 lithogr. Tafeln u. 39 Holzschnitten. — Stuttgart 1890. Ferd. Enke. Preis 12 Mark.

Das seit seinem Erscheinen i. J. 1860 rühmlichst bekannte Vogel'sche Lehrbuch der Kinderkrankheiten musste entsprechend den Fortschritten der Wissenschaft i. J. 1887 bei der 9. Auflage einer vollständigen Umarbeitung unterworfen werden. V. übertrug dieselbe dem durch seine Arbeiten auf dem Gebiete der Pädiatrik bekannten Ph. Biedert, der seine Aufgabe so vorzüglich löste, dass jetzt bereits eine weitere Auflage des Buches nöthig geworden. Auch diese tritt wieder in umgearbeiteter und vergrösserter Form vor das ärztliche Publikum, so dass das jetzt vorliegende Lehrbuch, wenn auch auf dem alten bewährten Vorgänger fussend, doch als ein vollständig neues erscheint. Wie sehr dasselbe durch die erschöpfende Darstellung und klare Behandlung des Stoffes allen Anforderungen entspricht und dem gegenwärtigen Standpuncte der Wissenschaft gerecht wird, ist zur Genüge bekannt. Erwähnt sei nur in Bezug auf die vorliegende Auflage, dass wieder eine Zusammendrängung und Kürzung des früheren Textes stattgefunden, um dem nothwendig einzufügenden neuen Platz zu schaffen und dass durch ein Arzneiregister am Schluss mit Hinweis auf den Text eine Art von Arzneimittellehre für das Kindesalter geliefert ist. Ein Autorenregister ermöglicht das Auffinden der Originalcitate in der Litteratur. Wir brauchen das bewährte Buch nicht zu empfehlen, sondern unsere Leser nur auf das Erscheinen der neuen Auflage aufmerksam zu machen.

Prof. T. J. Hartelius (Stockholm): Lehrbuch der schwedischen Heilgymnastik. Deutsche Ausgabe. Uebersetzt und herausgegeben von Dr. Chr. Jürgensen und Dr. Preller. — Leipzig 1890.

Das Originalwerk von Hartelius ist 1883 in Stockholm erschienen. Aus der Einleitung, die von Dr. Preller verfasst ist, ersehen wir, dass der Zweck der Veröffentlichung desselben in deutscher Sprache darin bestand, die deutschen ärztlichen Kreise und Laien-Gymnasten mit der „schwedischen Heilgymnastik", im Gegensatz zur deutschen (activen) Gymnastik bekannt zu machen. Das Buch bietet eine sehr allgemeinverständliche, kaum für Aerzte, wohl eher für Laien verfasste Beschreibung der Scoliosen und giebt bei jeder Krankheit einige Recepte für die entsprechend vorzunehmenden activ-passiven Bewegungen. Wenn die letztgenannten Autoren die Uebersetzung und die Veröffentlichung des Buches in Deutschland unternommen haben, um Laien, die Talent und Lust zur Thätigkeit des Gymnasten haben, ein populär-wissenschaftlich gehaltenes Lehrbuch zur Verfügung zu stellen, so mag der Zweck erreicht sein, doch wird es stets nöthig sein, den Betreffenden die praktische Anleitung zu geben, ihre Thätigkeit zu controlliren und eine selbständige Behandlung von durch Aerzte nicht untersuchten Kranken nach den genannten Recepten strengstens zu untersagen. Grimm.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Dr. Frazer Broughter empfiehlt *Guarana* bei chronischer Diarrhoe. Bei einem Soldaten, der seit 2 Jahren an chronischer Diarrhoe litt und täglich 8—10 Entleerungen hatte, führte die Anwendung von Guarana rasche Heilung herbei.

(Journ. of Pharmacy 1890. — Wien. med. W. № 32.)

— Martin (Sem. méd. 1890, № 8) braucht gegen *Oxyuris* folgendes Klystier: Rp. Tinct. Rhei gutt. 30, Magnesiae carbon. 0,2, Tinct. Zingiberis guttam unam, Aqu. 125,0. Wenn nöthig, so kann das Klystier 2—4 Mal täglich wiederholt werden.

— *Kreosotpillen.* (Sem. méd. 1890, № 12.) Rp. Kreosoti 1,0, Ext. Coffeae vel Gentian. 1,5, Pulv. Liquirit. q. s. ad pillul. № 20. Conperge Pulv. Coffeae tostae.

— Aus der Prof. Pagenstecher'schen Klinik in Wiesbaden theilt O. Scheffels mit, dass die Resultate der *Pyoktan*

XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Dr. Carl Dehio, Dorpat. Dr. Johannes Krannhals, Riga.

Dr. Theodor von Schröder, St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 39 St. Petersburg, 29. September (11. October) 1890

An unsere Leser.

Nach dem im Anfange dieses Jahres erfolgten Tode unseres verehrten Mitredacteurs, des weil. Prof. Dr. Eduard v. Wahl, machte sich sehr bald das Bedürfniss eines Ersatzes in der Redaction geltend. Einen solchen haben wir nun, wie wir zu unserer grossen Befriedigung unseren Lesern heute mittheilen können, in der Person des Professors der Dorpater Universität, Herrn **Dr. Carl Dehio** gefunden, der in die Redaction eingetreten ist und von jetzt ab dieselbe mit seiner bewährten Kraft als Mitredacteur unterstützen wird.

Da es uns ausserdem aber höchst wünschenswerth erschien, auch in Riga einen officiellen Vertreter unserer Wochenschrift zu haben, so hat sich auf unsere Bitte der Herr Prosector des Rigaer allgemeinen Krankenhauses, **Dr. Johannes Krannhals**, freundlichst bereit erklärt, diese Stellung zu übernehmen und als dritter Redacteur der Leitung der Wochenschrift beizutreten.

Wir sind überzeugt, dass die Leser unserer Wochenschrift den neuen Bestand der Redaction mit Freuden begrüssen werden, da derselbe genügende Garantie bietet für das fernere Fortschreiten und Gedeihen des Blattes, das unser Aller Interessen dient.

Die Redaction.

Anilin-Farbstoffe bei Augenkrankheiten.

Von

Dr. med. F. Kubli

in St. Petersburg.

Aus der Ambulanz des Kreuzerhöhungstiftes Barmherziger Schwestern.

Die von Stilling[1]) für die Praxis empfohlenen Anilin-Farbstoffe wurden von mir im Laufe des Mai, Juni und Juli a. c. an 500 Augenkranken versucht. Gebraucht wurden die Merck'schen Präparate, das gelbe und violette Pyoktanin, in Lösungen von 1:2000, 1:1000, 1:500, in einigen wenigen Fällen 1:100 und die Stifte, der gelbe und violette. Meine Versuche und Beobachtungen stellte ich vergleichend an, d. h., es wurde von den Kranken, die sich mir vorstellten, die eine Hälfte mit Pyoktanin behandelt, die andere Hälfte wurde entweder indifferent behandelt, oder den gewöhnlich bei mir gebräuchlichen, bereits erprobten Behandlungsmethoden unterworfen. Auch wurde darauf gesehen, dass die Fälle, welche zu vergleichenden Beobachtungen dienten, möglichst ähnliche waren. Ich mache auf diesen Umstand, dass bei den Beobachtungen vergleichend verfahren wurde, besonders aufmerksam. Bei der Beurtheilung der Bedeutung eines Mittels für die Therapie ist es durchaus nothwendig, dass in dieser Weise vorgegangen wird, insbesondere bei Krankheiten, die typisch ablaufen und auch ohne jede Behandlung heilen können; es ereignet sich sonst zu leicht die alte, in der Medicin aber immer neu bleibende Geschichte, dass das post hoc mit dem propter hoc verwechselt wird.

Von Krankheiten der Lider behandelte ich mit Pyoktanin Fälle von

Eczema,
Hordeolum, Abscessus.
Blepharitis ciliaris,
Herpes,
Laesiones, Vulnera, Combustiones.

Einpinselungen mit den oben angegebenen Lösungen, alle 2—4 Stunden vorgenommen, directe Touchirungen mit dem Pyoktaninstift wurden gut vertragen; Reizerscheinungen sah ich nur in wenigen Fällen und in geringem Grade. Aber es liess sich kein günstiger Einfluss beobachten, weder auf die Dauer, noch auf den Grad und die Ausdehnung der angeführten Krankheiten: das Pyoktanin verhielt sich gegenüber Liderkrankungen indifferent. Hinzufügen will ich noch, dass die Patienten mit der Entstellung durch die Gelb- und Violettfärbung der Lider meistens sehr unzufrieden waren.

Bei Krankheiten der Conjunctiva,
bei Conjunctivitis acuta,
« chronica,
« phlyctaenulosa,
« trachomatosa,
« blennorrhoica,
« traumatica

wurde Pyoktanin gebraucht in Tropfenform (häufig in Verbindung mit Zinc. sulf. und Cocain) 2—12 Mal täglich, zu Waschungen 3—8 Mal täglich, endlich zu Touchirungen mit dem Stift, 1 Mal täglich, und gewöhnlich gut vertragen; Reizerscheinungen waren auch hier selten und gering. Leichte Fälle von Conj. ac., phlyct. und traumatica heilten allerdings unter dieser Behandlung, aber diese Krankheiten heilen häufig auch ohne jede Behandlung, und eine günstige Beeinflussung durch Pyoktanin liess sich nicht beobachten.

In schwereren Fällen von Conj. acuta mit starker Eiterabsonderung, ferner bei Conj. blennorrhoica ex urethritide

[1]) Cfr. Stilling: Anilin-Farbstoffe als Antiseptica und ihre Anwendung in der Praxis. Erste Mittheilung, Strassburg 1890 (s. Ref. in № 18 dieser Wochenschrift).

gonorrhoica erwies sich Pyoktanin als gänzlich unwirksam und durch seine Unwirksamkeit als geradezu schädlich. Eine Eiter zerstörende und hemmende Wirkung, wie sie Stilling beschreibt, habe ich nicht gesehen. Die Eiterung erleidet allerdings durch Pyoktanin eine gewisse Veränderung: der Eiter wird fester, zäher, an Menge dadurch geringer, aber der Krankheitsprocess wird nicht erleichtert, verkürzt, oder überhaupt irgendwie günstig verändert, wie z. B. vom Arg. nitric. Zum Beweise 2 Fälle von Conj. blenn. gonorrh.

I. 29. Mai 1890. 6-jähr. Knabe mit Urethritis gonorrh. (von der Wärterin acquirirt); beiderseits Conj. blenn. Lider stark geschwellt, können nur gewaltsam geöffnet werden, dünnflüssiger Eiter ergiesst sich stromweise. 29., 30., 31. Mai, 1. Juni Waschungen mit 4% Solut. acid. bor.; tägl. Beizung mit 10% Solut. Arg. nitr. Am 2. Juni Zustand viel besser: die subjectiven Beschwerden, die anfangs sehr gross waren, geringer; die Schwellung der Lider soweit zurückgegangen, dass Pat. sie selbst öffnen kann; die Eiterung hat bedeutend abgenommen.

2. Juni. Touchirung mit dem viol. Pyoktaninstift! alle 2 Stunden Pyoktanin-Tropfen 1 : 1000.

3. Juni. Zustand schlechter als je zuvor (NB! nach Pyoktanin); die subjectiven Klagen gross; die Lider wieder so geschwellt, dass sie nur mit Mühe geöffnet werden können; die Eiterung profuser, aber der Eiter zäher, klebriger.

3.—5. Juni. Argent. nitric. — erhebliche Besserung.

6. Juni. Pyoktaninstift und -tropfen.

7. Juni. Hochgradige Verschlimmerung! Nachher nur noch Arg. nitric. — beständige Besserung bis zur Heilung.

II. 12. Juni 1890. N. N., 35 a. n., Urethritis gonorrhoica; seit einigen Tagen Conj. blenn. geringen Grades mit mässigen Beschwerden. Pyoktaninstift und -tropfen 1 : 500 alle 2 Stunden.

13. Juni. Hochgradige Verschlimmerung subjectiv wie objectiv; heftige Schmerzen und Lichtscheu, starke Schwellung der Lider, vermehrte Eiterabsonderung.

13. und 14. Juni. 4% Sol. Arg. nitric.; Waschungen mit 4% Sol. acid. boric. — bedeutende Besserung.

15. Juni. Pyoktaninstift und -tropfen.

16. Juni schlimmer als je zuvor. Von jetzt ab nur noch Arg. nitric.

In mehreren Fällen von Conj. acuta behandelte ich das eine Auge mit Pyoktanin, das andere mit Arg. nitric. Während die Lapisaugen sich zusehends besserten, blieben die Pyoktaninaugen in statu quo oder wurden schlechter. Auch die Kranken merkten natürlich den Unterschied und baten mich dringend, ihnen beide Augen mit Argent. nitric. zu beizen.

Prophylactisch wirkte Pyoktanin ebenso wenig. In Fällen, wo nur ein Auge an Conj. acuta erkrankt war, gelang es nicht durch Pyoktaninbehandlung das andere vor der Erkrankung zu schützen.

Wirkungslos erwies sich Pyoktanin ferner bei Conj. blennorrhoic. neonatorum.

Gegen Trachom ist Pyoktanin ganz indifferent.

Bei Krankheiten der Cornea versuchte ich Pyoktanin vielfach, bei

Keratitis trachomatosa,
« superficialis, circumscripta, phlyct.,
« parenchymatosa,
« traumatica,
Ulcus corneae,
« corneae c. Hypop.

Die Anwendungsweise war in Tropfen (häufig in Verbindung mit Cocain und Atropin) 2—10 Mal täglich und als Stift. Auch hier muss dasselbe, wie vorher, gesagt werden. In leichteren Fällen indifferent, schadet Pyoktanin in schwereren Fällen durch seine Unwirksamkeit. In 6 Fällen von Ulcus corneae c. Hypop. konnte Stillstand des ulcerösen Processes und Zurückgehen des Hypop. nicht erzielt werden. Ferner wurde Pyoktanin angewandt in einigen Fällen von Iritis verschiedenen Ursprunges, 1 Iridochor. serosa, 1 Iridochor. p. typh., 1 Iridochor. sympath., 1 Chor. diss. areolar. — ohne jede Wirkung.

Endlich wurde die Eiter vernichtende Kraft des Pyoktanins in einer grossen Reihe von Dacryocyst. blenn. auf die Probe gestellt — ohne jeden Erfolg.

Somit kann ich die von Stilling angegebenen, an's Wunderbare grenzenden Wirkungen der Anilin-Farbstoffe, speciell des Merck'schen Pyoktanins, bei Augenkrankheiten nicht bestätigen. Meinen Erfahrungen nach werden diese Farbstoffe vom Auge zwar gut vertragen, aber sie verhalten sich indifferent, sind unwirksam und bei ernsteren Erkrankungen schädlich.

St. Petersburg, im August 1890.

Ueber die Bedeutung des Leberthrans und des Lipanin.

Von
Dr. med. M. Abelmann
in St. Petersburg.

Seitdem im ersten Viertel dieses Jahrhunderts der Leberthran durch die Bemühungen von Schütze, Schenk, Tortual und Brétonneau in die Therapie der dyskrasischen Processe eingeführt worden war, trat die Behandlung der Rhachitis und Scrophulosis in eine neue Aera ein. Der ganze Kram von Mitteln, welcher früher gegen diese Affectionen des kindlichen Alters in Gebrauch war, gerieth in Vergessenheit, man lernte immer mehr den Leberthran als ein vorzügliches Heilmittel schätzen. Die klinischen Erfahrungen lehrten, dass bei Darreichung des Thranes das Körpergewicht zunehme, die kleinen Patienten kräftiger werden und besser gedeihen, Schwellungen der Lymphdrüsen sich zurückbilden, geschwürige Processe unter Aufschuss von guten Granulationen zur Ausheilung kommen. Selbstverständlich konnte das Suchen nach dem eigentlichen wirksamen Principe des Leberthrans nicht ausbleiben und dazu war eine genaue Analyse der in ihm enthaltenen Stoffe nothwendig.

So viel bis jetzt die Untersuchung ergeben hat, enthält der Thran Glyceride der Oel- und Palmitinsäure, freie Fettsäuren (ungefähr 5% — als Oelsäure, Palmitin- und Stearinsäure), Cholestearin, Jod (0,02%), Brom, phosphorsauren Kalk, Schwefel, Trimethylamin, einige Alkaloide und endlich eine von Marpmann[1]) erst in jüngster Zeit analysirte Substanz, welche durch Alkohol, Aether und Gerbsäure fällbar ist und durch Kupferlösung reducirt wird. Eine Zeit lang glaubte man mit Klenker annehmen zu müssen, dass der Thran Gallensäuren enthalte, namentlich seitdem O. Neumann zeigte, dass dieses Fett mit viel grösserer Leichtigkeit thierische Membranen zu durchdringen vermag als andere Fette — eine Thatsache, die man auf die Wirkung der Gallensäuren zurückführen zu müssen glaubte, zumal sie in Einklang mit den v. Wistinghausen'schen Versuchen stand. Jetzt kann es wohl als allgemein anerkannt gelten, dass der einzige Bestandtheil der Galle, welcher sich im Thran findet, das Cholestearin ist, dessen physiologische Bedeutung bis jetzt dunkel ist. Salkowski[2]) ist der Meinung, dass dem Cholestearin möglicherweise wichtige Functionen bei der Zellbildung zukommen und deshalb sei die Bedeutung desselben als Bestandtheil des Leberthrans nicht so von der Hand zu weisen.

Einige Autoren schrieben die günstige Wirkung des Leberthrans seinem Brom- und Jodgehalt zu, allein die Mengen sind doch wohl zu gering, als dass sie bei der günstigen Wirkung eine Hauptrolle spielen sollten, obgleich sie wohl nicht ohne Bedeutung sind.

Gestützt auf die herrschende Theorie über die Art der Fettresorption hat Buchheim eine Erklärung für die Heilung bringende Kraft des Thrans gegeben. v. Brücke[3]) zeigte bekanntlich, dass ranziges d. h. fettsäurehaltiges Fett viel leichter emulgirt werde als neutrales, und so

[1]) Marpmann: Die Fettverdauung und die neuen Ersatzmittel des Leberthrans. Münch. med. Woch. 1888.

[2]) Salkowski: Ueber die Wirkungen des Leberthrans und ein Ersatzmittel desselben. Therapeut. Monatshefte 1888.

[3]) E. v. Brücke: Sitzungsbericht der Wiener Academie der Wissenschaften, Bd. LXI, II. Abth., p. 362.

meinte Buchheim, dass der Leberthran mit seinen 5 % Fettsäuren leichter emulgirt werde und schneller und vollständiger zur Resorption komme als irgend ein anderes, weniger Fettsäuren enthaltendes Fett. Diese Erklärung wurde allgemein acceptirt und die Einführung eines Ersatzmittels, des Lipanin, beruht eben auf dieser von Buchheim vertretenen Anschauung. v. Mering[4]) stellte es dar aus Olivenöl mit Zusatz von 6 % Oelsäure und vertritt die Meinung, dass das Lipanin im Stande sei, den Thran vollständig zu ersetzen, ja dass es wegen des guten Geschmackes und der Reinheit des Präparates demselben vorzuziehen sei. Hauser[5]) und Galatti[6]), welche an scrophulösen und rhachitischen Kindern Beobachtungen mit dem Lipanin angestellt haben, gelangen zu dem Resultat, dass das Fett eine günstige Einwirkung auf die in Rede stehenden Processe entfaltet; leider sind die Untersuchungen von Hauser unvollkommen ausgeführt worden — tägliche quantitative Untersuchungen des zugeführten und des in den Faeces gefundenen Fettes fehlen. Galatti fand, dass die Kinder an Gewicht zunahmen; allein die Zahlen sind ganz unbedeutend und können ebenso gut auf die günstigen hygienischen Maassregeln bezogen werden.

Vergegenwärtigen wir uns nun die physiologischen Vorgänge im Darmcanal, so werden wir zugeben müssen, dass ein Zusatz von 6 % Fettsäuren auf die grössere oder geringere Resorption des Fettes keinen Einfluss haben kann. Wenn, wie Munk[7]) und Cash[8]) gezeigt haben, schon im Magen eine geringe Spaltung der Fette stattfindet, so tritt eine solche vollends im oberen Theil des Dünndarms in ausgedehntestem Maasse zu Tage. Selbst bei Hunden, denen die Bauchspeicheldrüse vollständig exstirpirt worden war, bei denen also die fettspaltende Wirkung der Drüse fehlte, konnte ich im Anfangstheil des Jejunum die Anwesenheit grosser Mengen freier Fettsäuren constatiren (32 %), während die Nahrung nur aus neutralem Fett bestand[9]). Es muss somit ganz unwesentlich sein, ob dem Magen ein Fett mit 6 % Fettsäuren zugeführt wird, wie z. B. das Lipanin, oder mit 1 — 2 % wie die Butter, oder endlich, ob nur neutrales Fett zur Anwendung kommt. Vom Standpuncte der Brücke'schen Theorie genügt eine geringe Menge von Fettsäuren, um eine gute Emulsion zu bilden und solche Mengen sind ja im Anfangstheil des Darmes bereits vorhanden. Huldigt man aber der Verseifungstheorie, wie sie von Radziewski[10]), Perewosnikow[11]) und Will[12]) aufgefasst wird, d. h. ist man der Meinung, dass vor der Resorption eine vollständige Spaltung der Fette stattfinden müsse, so ist gewiss nicht ganz einleuchtend, dass eine Zugabe von 5—6 % Fettsäuren zum neutralen Fett die Resorption günstiger gestaltet. Ist nun aber überhaupt der Gehalt des Fettes an freien Fettsäuren für die Fettresorption von wesentlicher Bedeutung? Ich glaube auf Grund meiner Versuche, die ich auf Veranlassung meines hochverehrten Lehrers Dr. O. Minkowski angestellt habe, die Frage verneinen zu können. Das Resultat der Versuche war in Kurzem folgendes:

[4]) Prof. v. Mering: Ein Ersatzmittel für Leberthran. Therap. Monatsh. 1888, Februar. — Lipanin und Leberthran. Therap. Monatsh. Mai 1888.

[5]) O. Hauser: Ueber den therapeutischen Werth des Lipanin. Zeitschr. für klin. Med., Bd. 14, Heft 5 und 6.

[6]) Demetrius Galatti: Versuche über Lipanin, als Ersatzmittel für Leberthran. Arch. f. Kinderheilk. 1889, Bd. XI.

[7]) Imm. Munk: Zur Frage der Fettresorption. Zeitschr. f. physiol. Chemie. Bd. IX. — Zur Lehre von der Resorption, Bildung und Ablagerung der Fette. Virchow's Archiv. Bd. 95.

[8]) Th. Cash: Ueber den Antheil des Magens und des Pankreas an der Verdauung der Fette. Archiv für Anatomie und Physiologie 1880.

[9]) M. Abelmann: Ueber die Ausnutzung der Nahrungsstoffe nach Pankreasexstirpation. Diss. Dorpat 1890.

[10]) Radziewski: Experimentelle Beiträge zur Fettresorption: Virchow's Archiv. Bd. 43.

[11]) Perewosnikow: Centralblatt für medicinische Wissenschaften, 1876, № 48.

[12]) Will: Ueber Fettresorption. Diss. Leipzig 1880.

Hunde, denen die Bauchspeicheldrüse vollständig exstirpirt wird, können keine Spur von Fett resorbiren — das in der Nahrung eingegebene Fett erscheint in toto im Koth, und zwar zum grössten Theil gespalten, theils in Form freier Fettsäuren, theils in Form von Seifen. Die Spaltung trat also ein, die Resorption blieb aus; — das spricht doch klar dafür, dass der Hauptfactor bei der Resorption von Fetten nicht deren Spaltung sei. Auch konnte durch die Darreichung von Lipanin keine günstigere Gestaltung der Fettresorption erzielt werden. Auf Grundlage dieser Auseinandersetzung wird man zugeben müssen, dass das Lipanin vor der Butter, dem Olivenöl oder irgend einem anderen Fette nichts voraus hat.

Dr. Gubkin[13]), welcher an gesunden Leuten Ausnutzungsversuche mit Leberthran, Lipanin und Butter angestellt hatte, fand, dass alle diese Fette fast in gleichem Maasse resorbirt werden, so von der Butter 97,3 %, vom Lipanin 97,21 % und vom Leberthran 97,12 %.

Was den guten Geschmack des Lipanin anlangt, so kann ich ihn nicht zugeben; de gustibus non est disputandum — sieht man doch so häufig, dass die kleinen Kinder mit Vorliebe — gleichsam instinctmässig den Thran einnehmen. Gubkin giebt in seiner erwähnten Arbeit an, dass die Herren, an denen er seine Versuche angestellt hat, den Leberthran schmackhafter fanden, als das Lipanin. Schliesslich möchte ich noch bemerken, dass ein Gemisch von Palmitin-, Stearin- und Oleinsäure der reinen Oelsäure vorzuziehen sei. Durch die Beobachtung an einem pankreaslosen Hunde, der mit Lipanin gefüttert wurde (25—50 Gr. täglich) und in dessen Mageninhalt reichlich Sarcine vorhanden war, aufmerksam gemacht, fütterte ich vor einiger Zeit einen gesunden Hund von etwa 14 Kilo Gewicht mit Lipanin 30 Gr. pro Tag und nach einer dreiwöchentlichen Fütterung fanden sich deutliche Zeichen einer bestehenden Magengährung vor. Es muss die Oelsäure dem Magen gar nicht indifferent sein, doch um das zu entscheiden, sind weitere Versuche erforderlich.

Wenn wir nun jetzt zum Leberthran zurückkehren, so drängt sich die Frage auf, ob seine günstige Wirkung sich mit der anderer Fette decke, oder ob doch irgend eine Substanz in ihm enthalten sei, die eine besonders günstige Resorption der Fette zu schaffen vermag?

Marpmann (l. c.) hat auf folgende Thatsache aufmerksam gemacht: Mischt man 100 Ccm. künstlichen Magensaft mit ca. 5,0 Leberthran, erwärmt das Gemisch auf Blutwärme und schüttelt, so bleibt es in Form einer Emulsion ¼ Stunde bestehen, während andere Fette — und das Lipanin macht darin keine Ausnahme — sich sofort wieder ölig abscheiden. Diese Marpmann'schen Versuche wurden von mir wiederholt und ich kann die Thatsache bestätigen. Es gelang ferner Marpmann eine Substanz im Leberthran zu finden, deren ich zu Anfang dieser Abhandlung bereits Erwähnung that. Diese Substanz soll nach dem Auflösen in Wasser auch anderen Fetten die Eigenschaften des Leberthrans ertheilen und soll auch im Pankreassaft vorkommen. Berücksichtigt man nun auch die anderen im Leberthran vorhandenen Stoffe, so wird es höchst wahrscheinlich, dass ihm doch specielle Wirkungen zufallen, die den anderen Fetten abgehen. Es wirken hier eine Menge von Factoren günstig ein. Wenn nun in vielen Fällen auch mit anderen Fetten Besserung bei den dyskrasischen Processen erzielt wurde, so kann das weiter nicht Wunder nehmen, da ja eine Fettcur sehr häufig von gutem Erfolge bei Zehrkrankheiten ist. Dem Leberthran muss aber doch der Vorzug gegeben werden, weil hier sich die Fettcur mit einer günstigen Einwirkung anderer im Thran enthaltener Stoffe combinirt.

[13]) Д-ръ Григорій Губкинъ; О сравнительномъ усвоеніи тресковаго жира, липанина и сливочнаго масла здоровыми людьми. Дисс. С.-Петербургъ 1890,

Referate.

W. A. Meredith: Ueber den gegenwärtigen Stand der Bauchchirurgie. Vortrag gehalten am 14. April 1890 in der Medical Society of London. (The Lancet № 3477-78).

(Schluss.)

Discussion. Griffith (Swansea) hebt die wichtigsten Puncte, die wie bei allen chirurgischen Operationen, so besonders bei Bauchoperationen, genau zu beobachten sind, hervor: Sorgfältige Blutstillung, Vermeidung von mechanischen Insulten, Vermeidung von Infection, sorgfältige Vereinigung der Wunden durch die Naht (bei Bauchnähten soll ein möglichst breiter Rand des Peritoneums in die Naht gefasst werden), zweckmässige Drainage, Ausübung eines leichten Druckes auf die operirten Theile, um Congestion und Exsudation zu verhindern, möglichste Ruhigstellung der verwundeten Partien, eine für die Bequemlichkeit des Patienten und den Heilungsprocess möglichst günstige Lage und endlich eine genaue Berücksichtigung des allgemeinen Gesundheitszustandes des Patienten. Bei genauer Beobachtung jedes einzelnen dieser Puncte muss eine richtig geplante und der Individualität des Kranken angepasste Operation immer erfolgreich sein.

Mayo Robson (Leeds) hebt in Bezug auf die Antisepsis bei Bauchoperationen hervor, dass dieselbe kaum bessere Resultate giebt als die Asepsis und will je nach den Umständen, bald die eine, bald die andere angewendet wissen. In grossen Hospitälern sind die Antiseptica schwer zu entbehren. Wenn er nicht alles Blut und alle Flüssigkeit aus der Bauchhöhle entfernen kann, drainirt R. Die Verunreinigung des Peritoneums bei Eröffnung von septischen Höhlen fürchtet R. nicht mehr, seit er von ausgiebigen Spülungen mit nachfolgender Drainage, ohne Anwendung strenger Antiseptica, Gebrauch macht. Bei erheblicheren Blutungen nimmt R. möglichst heisses Wasser oder Borsäurelösung. Wenn nicht grosse Eile nöthig ist, vernäht R. die Bauchmuskeln und die Hautwunde besonders, um eine festere Narbe zu erzielen. Opium vermeidet R. möglichst in der ersten Zeit nach der Operation; bei hartnäckigem Erbrechen und Auftreibung des Leibes giebt er zweistündlich 20—30 Gran Magnesia sulfurica bis zu Stuhlentleerung und reichlichem Abgang von Gasen. Die Exstirpation von erkrankten Tuben und Ovarien findet R. äusserst nützlich, während dieselbe Operation zur Stillung von Metrorrhagien unternommen, häufig nicht den gewünschten Effect hat. Zum Schluss hebt R. hervor, dass, je grössere Erfahrungen er macht, er um so mehr die Schwierigkeit einer genauen Diagnose einsieht; daher macht er in allen irgendwie zweifelhaften Fällen von der ganz ungefährlichen Probelaparotomie ausgiebigen Gebrauch.

John Taylor (Birmingham) hebt folgende drei Puncte besonders hervor: 1) Die Wichtigkeit früher Operation in allen Fällen, wo die Nothwendigkeit einer künftigen Operation klar ist. 2) Die Asepsis, die den Eigenthümlichkeiten eines jeden Hospitals angepasst werden muss. 3) Den Einfluss der Nierenkrankheiten auf die Mortalität.

Treves führt an mehreren Beispielen aus, dass die Bauchchirurgie nichts specifisches an sich hat, sondern in allen Einzelheiten den allgemeinen chirurgischen Gesetzen unterliegt. Er operirt daher Uterusfibrome wie alle anderen Tumoren. Zunächst werden alle Gefässe, die zu dem Tumor führen, unterbunden, dann die Ligamenta lata durchtrennt und dann der Tumor vermittelst eines V-Schnitts durch die Cervix uteri entfernt. Es entstehen so zwei Lappen, die dicht mit einander vernäht werden, so dass schliesslich nur eine lineäre Narbe quer durchs Becken verläuft. Das ist eine chirurgische Operation. Der Schlingenschnürer ist ein barbarisches Instrument, das bald ebenso verschwinden wird wie die Ovarialklammern. Bei der Operation einer Extrauterinschwangerschaft soll die Placenta sorgfältig entfernt werden, und auch der Sack lässt sich meist ausschälen. Wenn man so operirt, verlaufen die Fälle wie einfache Ovariotomien. T. glaubt, dass Pankreastumoren viel mehr und glücklicher operirt werden würden, wenn die wichtige Arbeit von Senn, über ihre Diagnose, besser bekannt wäre.

Skene Keith glaubt, dass die langsame Convalescenz (2—3 Jahre) nach der Entfernung chronisch entzündeter Ovarien und Tuben hauptsächlich auf dem, durch die Krankheit heruntergekommenen Zustand der Kranken beruht. Der Schlingenschnürer ist nach K. bei Fibromen mit sehr kurzem, dickem Stiel, und bei excessiv grossen Tumoren nicht zu entbehren.

Lawson Tait kann sich nicht mit Meredith's Ansicht einverstanden erklären, dass wir unsere jetzige Sauberkeit dem Listerismus verdanken. Gerade im Gegentheil: es waren die Gegner des Listerismus, welche zeigten, dass wir Sauberkeit brauchen und nicht keimtödtende Mittel, dass nicht der Samen sondern der Boden zu fürchten ist. Die Fortschritte in dieser Hinsicht verdanken wir Simpson und seiner Schule und nicht Lister. Ersterer kümmerte sich nicht darum, wie viel Mikroorganismen in dem Wasser waren, mit welchem er die Bauchhöhle auswusch, wenn nur der Schmutz entfernt wurde, während die logische Consequenz der Lister'schen Lehren die ist, dass Schmutz nichts schadet. Lister's Anhänger erklären ja direct, dass sie mit leichtem Herzen vom Sectionsraum ins Operationszimmer gehen; häufig genug müssen sie aber auch mit ihren Patienten denselben Weg zum Sectionstisch zurückmachen. Thatsächlich ist das Lister'sche System jetzt todt. Dass, wie Meredith zu glauben scheint, die Menstruation von der Existenz der Ovarien abhängt, bestreitet T. strict; es ist nicht zu erklären, dass Spuren zurückgelassenen Ovarialgewebes sofort die Function des ganzen Organs übernehmen. Die Entfernung der Uterusadnexa unternimmt T. nur wegen greifbarer Erkrankungen derselben und hat nur deshalb so gute Resultate aufzuweisen. In einer überaus heftigen Weise wendet sich Lawson Tait sodann gegen Treves, namentlich gegen dessen Bemerkungen über die Behandlung der Uterusfibrome und der Extrauterinschwangerschaft. Diese heftigen, persönlichen Invectiven gehören nicht in den Rahmen eines Referats.

Greig Smith (Bristol) glaubt, dass man im Allgemeinen viel zu sehr schematisirt; jeder empfiehlt eine Methode als die allerbeste, während doch je nach der Individualität des Falles die passende Operationsmethode sorgfältig ausgewählt werden muss. Er ist ausserdem der Ansicht, dass ein beschränktes Specialistenthum eher nachtheilig, als die Wissenschaft fördernd ist.

Malins (Birmingham) warnt eindringlich vor der leichtsinnigen Entfernung der Ovarien und Tuben. Nur in seltenen Fällen wird durch dieselbe ein Vortheil erreicht, meist wird die häusliche und sociale Stellung der Patientin nach der Operation schlimmer als vor derselben, abgesehen davon, dass die subjectiven Beschwerden keineswegs häufig erleichtert werden. Hämatocelen heilen fast immer ohne operativen Eingriff. Bei der puerperalen Peritonitis ist nach M.'s Erfahrungen jeder chirurgische Eingriff vergeblich.

O'Callaghan (Carlow) meint, dass die Hysterectomie unmöglich so ausgeführt werden kann, wie Treves beschreibt.

Barker unterscheidet streng zwischen exsudativer und trockener (käsiger) tuberculöser Peritonitis. Die erstere verläuft mehr acut und bietet günstige Chancen für die chirurgische Therapie, die letztere dagegen verläuft schleichend und kommt gewöhnlich erst zu unserer Kenntniss, wenn sie viel zu ausgedehnt ist, als dass an einen Eingriff gedacht werden könnte.

Alban Doran wünscht die Bauchchirurgie als Specialität betrachtet zu wissen, da alle Bauchoperationen sich wesentlich von anderen chirurgischen Operationen dadurch unterscheiden, dass nach dem Schlusse der äusseren Wunde die Operationsstelle dem Tast- und Gesichtssinn weit entrückt wird. Die Erfolge bei Bauchoperationen hängen von solchen Details ab, wie sie nur Specialisten beherrschen können.

David Newman (Glasgow) betont, dass unser Hauptaugenmerk auf eine frühzeitige Diagnose zu richten ist, denn, je später man operirt, um so schwächer ist die Gesundheit der Patientin und umsomehr müssen wir auf schwierige Complicationen rechnen.

Knowsley Thornton erinnert daran, dass die Bauchchirurgie doch nicht ganz gleich steht mit den anderen Zweigen der Chirurgie, sondern namentlich auf dem Gebiete der Antisepsis die weitaus grössten Fortschritte zu verzeichnen hat. Er wünscht, dass in viel grösserer Zahl als bisher ausführliche Statistiken von den grossen Hospitälern veröffentlicht werden. Theoretisch stimmt er mit Treves in dem Wunsche überein, den Stiel nach der abdominalen Hysterectomie in die Bauchhöhle zu versenken, muss aber doch zugestehen, dass die extraperitoneale Stielbehandlung bisher bessere Resultate ergeben hat. Die Schwierigkeit liegt hauptsächlich darin, dass wir den Cervicalkanal und die Vagina nicht aseptisch machen können. Th. hat nach der Castration, wegen durch Fibromyome hervorgerufener Blutungen, sehr gute Resultate gehabt. Schwierig ist es nur zu bestimmen, wie grosse Tumoren noch auf diese Weise zu behandeln sind. Th. gebraucht das Opium in der Nachbehandlung sehr gern. In Bezug auf die Behandlung der tuberculösen Peritonitis stimmt er mit Barker vollständig überein. Zweimal hat Th. mit Erfolg in den Ductus choledochus eingeklemmte Gallensteine durch Incision und nachfolgende Naht behandelt.

Wanach.

C. J. de Freytag: Ueber die Einwirkung concentrirter Kochsalzlösungen auf das Leben von Bacterien. (Arch. f. Hyg. Bd. XI).

Die unter Leitung von Prof. Forster ausgeführte Arbeit verdient ganz besondere Beachtung bei uns zu Lande, wo das Einsalzen von Fleisch, Fisch und anderen Nahrungsmitteln zu den verbreitetsten Conservirungsmethoden gehört. Wenn schon früher gegen die landläufige Meinung, dass bei der Behandlung des Fleisches mit concentrirten Salzlaken gleichzeitig eine Desinfection des Fleisches stattfindet, sich Stimmen erhoben haben, so lassen die Versuche von de Fr. über die Irrigkeit dieser Voraussetzung keinen Zweifel mehr übrig.

de Fr. hat bei seinen Experimenten einige der wichtigsten Krankheitserreger, sowohl in Form von Reinculturen, als auch enthalten in thierischen Gewebsstücken, der Einwirkung überschüssiger Mengen von NaCl ausgesetzt und ist zu folgenden Resultaten gelangt. Er fand unter dem Einflusse concentrirter Kochsalzlösungen abgestorben:



Milzbrandbacillen . . . . . . nach 2 Stunden,
Sporen der Milzbrandbacillen . . *noch nicht* nach 6 Monaten,
Typhoidbacillen . . . . nach reichlich 5 „
Bacillen des Schweinerothlaufs . „ „ 2 „
Cholerabacillen. . . . . nach 6—8 Stunden,
Erysipelstreptokokken. . . . . *noch nicht* nach 2 Monaten,
Eiterstaphylokokken . . . . . nach reichlich 5 „
Tuberkelbacillen . . . . *noch nicht* nach 3 Monaten,
Diphtheriebacillen . . . . . . „ „ 3 Wochen.

Diese Befunde sind an sich so sprechend, dass es kaum einer besonderen Discussion derselben bedarf. Gerade die Erreger der beiden bedeutungsvollsten Krankheiten unseres Schlachtviehes erweisen sich als die aller resistentesten gegen concentrirte Salzlake: diejenigen der Perlsucht (Tuberculose) bleiben in derselben noch nach 3 Monaten infectionsfähig, und die Sporen der Milzbrandbacillen sogar noch nach einem halben Jahre. Jedoch gegen die letzteren kann man sich (der Theorie nach) dadurch schützen, dass man das Fleisch unmittelbar nach dem Schlachten, bevor noch Sporenbildung hat eintreten können, einsalzt; denn die Bacillen selbst gehen bereits nach wenigen Stunden im Kochsalz zu Grunde.

Welche Gefahren den Consumenten von gepökeltem Fleisch, das die in obiger Tabelle angeführten Bacterien enthält, drohen — diese Frage steht noch offen. Trotzdem aber, oder vielmehr gerade deswegen verdienen die Ergebnisse der de Fr.'schen Arbeit volle Berücksichtigung von Seiten der Sanitätsbehörden, und zwar umsomehr, da in manchen Schlachthäusern (z. B. in Lyon) das Fleisch perlsuchtkranker Rinder und tuberculöser Schweine *unter Aufsicht* eingesalzen und im gesalzenen Zustande nach einigen Tagen den Eigenthümern zu beliebigem Gebrauch wieder überlassen wird. Wladimirow.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Seved Ribbing: Die sexuelle Hygiene und ihre ethischen Consequenzen. Drei Vorlesungen, aus dem Schwedischen übersetzt von Dr. O. Reyher. Leipzig 1890. Peter Hobbing.

Angesichts des herrschenden, durch Philosophie und schöne Literatur gross gezogenen Pessimismus in der Beurtheilung des Geschlechtslebens unserer Zeit, sowie des hierauf begründeten „laisser faire, laisser aller" der Gesellschaft, ist eine Schrift, wie die vorliegende, besonders von ärztlicher Seite, eine ebenso seltene wie hoch erfreuliche Erscheinung. Mit sittlichem Ernste und warmer Menschenliebe tritt Verf. an die grossen, tief in das gesammte Culturleben einschneidenden Fragen heran. Die Vorlesungen, gehalten im Studentenvereine zu Lund, wirken in gleicher Weise wohlthuend durch das Zartgefühl des erfahrenen Arztes und Menschenkenners, wie durch die rückhaltlose Offenheit, mit welcher dieser Schäden aufdeckt, Vorurtheile bekämpft und Irrthümer entkräftet. Oft stützt der Verf. seine Auffassung durch Berufung auf hervorragende Fachmänner (Krafft-Ebing u. A.), wie denn überhaupt die ganze Arbeit reich an literarischen Hinweisen und Citaten ist; dieses gilt besonders von dem Capitel über die Prostitution, welches überhaupt eines der besten ist; weniger glücklich scheint uns der Versuch, eine kurze allgemeinverständliche Schilderung der venerischen Krankheiten zu geben, da wir uns überhaupt von dem Nutzen derartiger populär-klinischer Darstellungen nicht überzeugen können. Die Schrift ist zu einheitlich, zu sehr aus einem Guss, um sie auszüglich zu referiren; wir wollen hiermit nur die Aufmerksamkeit weitester Kreise auf dieselbe lenken. Dem Herrn Uebersetzer werden die deutschen Leser dankbar sein; der studirenden Jugend aber möchten wir wünschen, gleich den Studenten von Lund Gelegenheit zu haben, öfter solche Berather zu hören, wie den Verfasser dieses Buches. Blessig.

Meteorologische Notizen

über die Wintersaison 1889/90 in Jalta.

Da wir einer neuen Wintersaison entgegensehen, wird es den Collegen nicht uninteressant sein, Einiges über die Witterungsverhältnisse des letzten Winters in Jalta zu vernehmen. Dr. Dmitrijew, der bekanntlich seit 22 Jahren meteorologische Beobachtungen in der Stadt Jalta leitet, hielt in der letzten Sitzung der Jaltaer Abtheilung der hygienischen Gesellschaft einen Vortrag *über die meteorologischen Verhältnisse der kalten Jahreszeit in Jalta*, dem wir nachfolgende Notizen entnehmen. Bei dieser Gelegenheit machen wir unsere Leser darauf aufmerksam, dass Dr. Dmitrijew für Jalta keine 4 Jahreszeiten anerkennt, sondern das Kalenderjahr in 2 Hälften, in die kalte und warme Jahreszeit theilt, wobei die kalte Jahreszeit mit dem 1. November neuen Stiels (20. October a. St.) beginnt und mit dem 1. Mai endet. Die Temperatur ist immer nach Celsius berechnet. Der Winter 1889/90 begann mit stillem warmem Wetter, welcher aber nur 8 Tage anhielt, mit dem *8. November* n. St. stellte sich ein mächtiger Regenschauer ein, dem eine ganze Serie von ergiebigen Regentagen folgte, die nur von wenigen regenfreien, doch trüben Tagen unterbrochen wurde. Statt dessen aber blieben die Novemberstürme aus, so dass im Verlaufe des ganzen Monats nur 2 starke Winde verzeichnet sind, die aber nicht die Höhe einer meteorologischen Sturmnummer erreichten, die bekanntlich = 10 ist. Mit Beginn des Regens fiel auch rasch die Höhe der mittleren Tagestemperatur und erreichte sogar in der Nacht des 14. Nov. ein Minimum von + 0,8° C., eine seltene Erscheinung für Jalta. Die zweite Hälfte des Novembers war wieder bedeutend wärmer, dennoch blieb die mittlere Tagestemperatur für den ganzen November um 1½°C. unter dem Tagesmittel des Novembers für 22 Jahre. Auffallend ist dabei der Umstand, dass trotz der zahlreichen Regentage und des massenhaften Niederschlages der Hygrometer einen bedeutend geringeren absoluten und relativen Feuchtigkeitsgrad anzeigte. Auch war die Zahl, sowie die Intensität der Winde bedeutend geringer. Im Ganzen war der November kälter und regenreicher wie gewöhnlich, dabei aber war er windstiller und herrschte ein hoher atmosphärischer Druck vor.

Der *December* zeichnete sich durch gleichmässige Verhältnisse der Temperatur, sowie der übrigen meteorologischen Factoren aus. Die Temperatur sank vom Anfang bis zum Schluss des Decembers allmälig und gleichmässig. Am 21. Dec. in der Nacht ist die erste Temperatur unter 0 = — 0,3° C. verzeichnet, am 30. Dec. stellte sich sogar richtiger Frost mit — 3,9° C. ein, wenn auch nur auf wenige Stunden. Jedenfalls war der December um 2,5° C. kälter, wie das Mittel von 22-j. Decembertemperaturen. Die Zahl der Regentage war gering (6 statt 11), die Luft ausserordentlich trocken. Die Niederschläge waren = 10,7 statt 81,5 des Mittels. Einen so geringen Niederschlag hatte Dr. Dmitrijew in den 22 Jahren seiner Beobachtungen für December noch nie zu verzeichnen gehabt. Dasselbe ist auch von den Winden zu sagen; bei 3 Notirungen täglich sind nur 23 statt 40 Winde des Mittels verzeichnet, Süd- und Westwinde sind ganz ausgeblieben. Nur 2 Mal im ganzen Monat starke Winde verzeichnet, die aber auch nicht die Sturmnummer erreichten. Somit waren wir also auch von den berüchtigten Decemberstürmen verschont.

Der *Januar* weist im ersten und letzten Drittel Fröste auf, so dass am 20. Januar n. St. die Temperatur bis auf — 7,5° C. sank; überhaupt waren 3 Tage unter 0 und von recht bedeutendem Schneefall begleitet, wobei die Schneeschicht Tagelang liegen blieb, eine Erscheinung, welche in den 3 letzten Jahren nicht vorgekommen. Die mittlere Tagestemperatur war um 1½° C. unter dem Mittel für 22 Jahre. Die Zahl der Regentage, sowie die Masse der Niederschläge war bedeutend (107,1 statt 44,2). Der ganze Monat war trübe, kalt, doch windstill, es sind nur 2 windige Tage verzeichnet und zwar NW.

Der *Februar* war um ebenso viel wie der Januar kälter als das Mittel, doch ohne solche Schwankungen; es waren weder solche Maximal- noch Minimaltemperaturen wie oben verzeichnet; das Minimum = — 5,9° C. Die Zahl der Regentage, sowie die Masse der Niederschläge überstiegen nur wenig das Mittel. Was die Winde anbetrifft, so war der Februar noch stiller wie der Januar. Im Ganzen war der Februar trüber, kälter, regenreicher, andererseits aber windstiller wie gewöhnlich.

Der *März* bot im letzten Jahre ganz phänomenale meteorologische Eigenschaften und zwar zu Gunsten desselben. Er war um 2° C. wärmer als gewöhnlich, die Temperatur sank kein einziges Mal unter 0, so dass der letzte Frosttag auf den 26. Februar n. St. fiel; da nun der erste Frost auf den 27. December fiel, so sind nur im Verlaufe von 2 Monaten Temperaturen unter 0 verzeichnet. Regentage und Niederschläge waren bedeutend geringer (statt 9 nur 5) und zwar nur im ersten Drittel des Monats. Die Masse der Niederschläge war 9 Mm. statt 42. Beständig heiterer Himmel, ganz leichte Windströmungen, vollkommene Abwesenheit aller Stürme (auch die Märzstürme hatten uns verschont), das sind die charakteristischen Merkmale des heurigen Märzes, so dass derselbe uns für den kalten December und Januar vergütete.

Der *April* unterschied sich wenig vom März, war um 1½ Grad wärmer als das Mittel, nur hatte er im ersten Drittel ein Minimum von + 0,1° C. (6. April n. St.) aufzuweisen. Heiterer Himmel, wenig Regen, trockene Luft, seltene und mässige Winde, Nebel unter dem Normalen. Somit war der April durch Gleichmässigkeit der Temperatur, höheres Wärmemittel, geringen absoluten wie relativen Feuchtigkeitsgrad der Luft, geringere Zahl der Winde und wolkenlosen Himmel ausgezeichnet.

Wenn man den ganzen Winter zusammenfasst, so ist er kälter wie gewöhnlich, ja die ersten 4 Monate schienen ihn zu einem rauhen Winter zu stempeln, doch wurde der Allgemeineindruck durch die prachtvollen Monate März und April gemildert. Das mittlere Maximum der Temperatur für die 6 Monate überstieg um 1,3° C. das normale Mittel und das Minimum war um 0,6 niedriger als gewöhnlich. Das absolute Minimum war = — 7,5° (um 5,2° höher), das absolute Maximum = + 25,0° C. (noch nie dagewesen). Die Zahl der Regentage überstieg um 4 das Mittel, doch der Niederschlag blieb um 6% gegen das Mittel zurück. Die Zahl der trüben Tage war bedeutender (75 statt 54). Die Winde wichen vom Mittel bedeutend ab, d. h. um 35% war die Zahl derselben geringer, von der Intensität schon garnicht zu sprechen.

Starke Winde wurden 2 im November, 2 im December, 3 im Januar und 1 im Februar verzeichnet, von denen nur die am 3. December und 25. Januar als Sturm betrachtet werden können. Besonders auffallend ist es, dass der März, der nach dem November der sturmbewegteste ist, uns in diesem Jahre verschonte. Diese Windstille wird am auffallendsten durch die gleichmässigen Linien auf der Scala des Barographs illustrirt, die sich von den Linien der 4 ersten Wintermonate grell unterscheiden. Die 8 starken Winde lassen sich durch die in der Nähe der Süd-Krim vorbeistreifenden Cyklonen erklären, es waren 7 Cyklone und 1 Anticyklon; 2 von ihnen gingen nördlich von Jalta von Ost nach West, 5 südlich von Jalta und zwar 4 von Westen nach Osten, nur 1 von Osten nach Westen. Letzterer war der stärkste.

F. Weber.

Protokoll der I. Sitzung des zweiten livländischen Aerztetages.

Wenden, 27. August 1890, 1 Uhr Nachmittags.

1. Kreisarzt Dr. Gaehtgens-Wenden eröffnet, von der Medic.-Abtheilung hierzu designirt, die Sitzung und überbringt zugleich der Versammlung den Willkommensgruss der Stadtverwaltung von Wenden.

2. Dr. Gaehtgens verliest als Cassirer den Cassenbericht. Derselbe wird acceptirt.

3. Als Ort für den nächsten Aerztetag wird die Stadt Walk bestimmt.

4. Durch Zettelwahl wählt die Versammlung: zum Präses Dr. Truhart-Fellin, zum Secretär Dr. Mercklin-Rothenberg, zum Cassirer Dr. Koch-Walk.

5. Auf Antrag des Präses wird zur Unterstützung des Secretärs bei der Schrift- und Geschäftsführung in Riga Dr. Heerwagen-Riga als zweiter Secretär gewählt.

6. Der Präses widmet dem um die Gesellschaft livl. Aerzte hochverdienten verstorbenen Prof. Ed. v. Wahl warme Worte des Nachrufes. Die Versammlung erhebt sich von den Sitzen, um das Andenken des Verstorbenen zu ehren.

7. Berathung über die von Seiten der Gesellschaft zu ergreifenden **Maassnahmen behufs Bekämpfung der Lepra.**

Dr. O. Petersen-St. Petersburg berichtet über die Discussionen, welche in Bezug auf die Lepra in Berlin während des X. internat. medic. Congresses stattgefunden haben. Vortragender referirt weiter ausführlich über die Ergebnisse seiner im Auftrage des Medicinal-Departements unternommenen Reise zur Erforschung der Lepra in Norwegen und Livland. (Der Vortrag ist für den Druck bestimmt).

Speciell für Livland schlägt P. vor, die Leprosorien in Form von landwirthschaftlichen Colonien anzulegen. Auch die auswärtigen Lepraforscher, z. B. Arning, haben sich für diese Form ausgesprochen.

Dr. A. v. Bergmann: Ausser Zambaco's Mittheilung sei der Arning'sche Fall von Lepra eines Neugeborenen der erste constatirte. Dieser Fall würde gegen die lange Incubation sprechen, welche für Lepra sonst in Anspruch genommen werden muss. Lange Incubation würde erklären, weshalb in den Städten, wo die Kranken häufig Wohnungen wechseln, Uebertragung seltener nachgewiesen wird, als auf dem Lande. In Riga werden seit Jahren genaue anamnestische Angaben gesammelt, die zu Resultaten über Ansteckung geführt haben. — In Riga hat das geplante Leprosorium noch nicht eröffnet werden können. Gegen pie Benutzung der in Aussicht genommenen Grundstücke zu diesem Zwecke wurde von den (2—3 Kilometer entfernt wohnenden) Nachbarn immer wieder Protest erhoben. Jetzt wolle man das Leprosorium 17—20 Werst entfernt von der Stadt errichten. Dies muss als eine nicht glückliche Idee angesehen werden, denn die Leprakranken müssten ärztlich sehr genau beobachtet und an den Insassen des Asyls müssten durchaus therapeutische Versuche angestellt werden.

Dr. v. Zoege-Manteuffel fragt Dr. Petersen, ob er einige der geheilten Fälle selbst gesehen habe. Redner habe Gelegenheit gehabt Fälle, namentlich von tuberöser Lepra, zu beobachten, die eine scheinbare Heilung vorzutäuschen wohl geeignet waren, insofern die Tubera mitunter rasch schwanden und die Anästhesien abnahmen. Es bleibe aber die allgemeine Atrophie, der Marasmus bestehen und die Kranken siechten, wenn auch langsam, dahin. Sei nun dieser occulte Verlauf bei den Fällen in Moldi sicher auszuschliessen?

Dr. Petersen möchte gerade darauf hinweisen, dass es sich in dem geheilten Falle, den er in Moldi sah, durchaus nicht um einen Marasmus handelte, im Gegentheil machte die Frau einen recht günstigen Eindruck bezüglich ihres Ernährungs- und Gemüthszustandes. Ueberhaupt aber möchte P. darauf hinweisen, dass man nicht vorsichtig genug sein kann bezüglich der Constatirung von Heilung der Lepra, da die Krankheit ja bekanntlich in Form von Recidiven verläuft (ca. 3—5 Recidive jährlich), die bald schnell, bald langsam auf einander folgen, manchesmal eine Pause von 1½ Jahren machend. Eine Patientin von P., die er seit 2½ Jahren stetig unter Salicylsäure-Behandlung hält, hat trotzdem zahlreiche Recidive aufgewiesen, aber im Grossen und Ganzen geht es ihr gut und sie erholt sich.

Prof. Dr. Dehio macht in Sachen der auf die Anregung des weil. Prof. E. v. Wahl zu gründenden Leproserie folgende Mittheilungen: Nach dem Tode des Prof. v. Wahl cooptirte sich das Comité, welches in dieser Angelegenheit zusammengetreten war, um die einleitenden Schritte zu thun, auf die Zahl von 12 Mitgliedern und besteht gegenwärtig aus folgenden Herren: Landrath A. v. Nolcken als Präses, Prof. Dr. K. Dehio als Vicepräses, Herrn O. v. Samson als Schriftführer, Herrn Baron Stackelberg als Cassameister; ausserdem aus den Herren: G. v. Oettingen, v. Mensenkampf, Prof. Pastor Hörschelmann, Baron E. v. Nolcken, Dr. v. Zoege-Manteuffel, Dr. Truhart-Fellin, Dr. Hellat-St. Petersburg und Red. P. v. Kügelgen-St. Petersburg.

Die Statuten der zu begründenden Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra sind ausgearbeitet und der Entwurf derselben wird in den ersten Tagen des September d. J. dem Herrn livländischen Gouverneur mit der Bitte um die gesetzliche Bestätigung vorgelegt werden. — Die Geldmittel sind durch freiwillige Beiträge gegenwärtig auf 15,000 Rbl. gestiegen, welche in zinstragenden Staatspapieren angelegt sind. Ausserdem hat die livländische Ritterschaft dem Comité zwei Landstellen, nämlich die frühere Poststation Nennal und ein Landstück in der Nähe von Trikaten zur Verfügung gestellt. — Das Comité hofft auf einen günstigen Fortgang der Geldsammlungen und gedenkt unter der Voraussetzung, dass die Statuten bestätigt werden, im Frühling des nächsten Jahres zur Gründung und Einrichtung ihres ersten Leprosorium schreiten zu können, welches dann voraussichtlich im Herbst des Jahres 1891 von Kranken wird bezogen werden können. Ueber den Ort und die Art der Einrichtung desselben liegen noch keine definitiven Beschlüsse vor.

Präses Dr. Truhart schlägt vor, die Gesellschaft livl. Aerzte möge die Thätigkeit des Dorpater Lepra-Comités in jeder Richtung unterstützen, namentlich auch richtige Anschauungen über Wesen und Bekämpfung der Lepra verbreiten. Präs. schlägt vor, den von Dr. v. Zoege-Manteuffel unlängst in der „St. Petersburger Zeitung" veröffentlichten populären Aufsatz über Lepra auf Kosten der Gesellschaft als Brochüre drucken zu lassen und zu verbreiten.

Die Versammlung stimmt beiden Vorschlägen zu und ist Herr v. Zoege bereit seinen Aufsatz zu diesem Zweck einer theilweisen Umarbeitung zu unterziehen. Für den Druck der Brochüre sollen 100—150 Rbl. verausgabt und dieselbe in die landesüblichen Verkehrssprachen übersetzt werden.

Prof. Dr. Thoma: Die Untersuchungen über die Aetiologie der Lepra sind insofern noch nicht abgeschlossen, als die Bedingungen, welche die Uebertragung der Infection begünstigen, noch im Wesentlichen unbekannt sind. Dass äussere Verhältnisse der Ernährung hierbei eine grosse Rolle spielen, geht auch hervor aus den von Dr. Petersen berichteten Fällen von Heilung. Die äusseren Verhältnisse sind aber gerade diejenigen, welche bei der Bekämpfung der Seuche Anhaltspuncte geben können. — Es scheint deshalb in erster Linie richtig zu sein, eine allseitige wissenschaftliche Untersuchung der Lepra zu veranlassen. Dazu wäre es in erster Linie wichtig, dass die zu gründenden Leprosorien nahe an die Centra des wissenschaftlichen Lebens, in die Nähe von Dorpat und Riga verlegt werden, zunächst das Leprosorium der Dorpater Gesellschaft in die nächste Nähe Dorpats.

Dr. Truhart schliesst sich den letzten Bemerkungen Prof. Thoma's ganz an. Auch ihm erscheine Nennal ein zu entlegener Ort zur Anlage zu sein, was auch Dr. A. v. Bergmann hervorgehoben hat.

Dr. v. Zoege bemerkt, das Dorpater Comité habe bei Dorpat einen passenden Ort für ein Leprosorium gesucht, aber zunächst keinen in der Nähe gefunden.

Dr. Kusmanow fragt Prof. Dehio, ob die in Estland vorhandenen Leprakranken (es sind 24—27 Fälle constatirt) Aussicht darauf haben, von dem Dorpater Comité versorgt zu werden.

Prof. Dr. Dehio hält dafür, dass sich für Estland auf Initiative der Aerzte eine eigene Versorgung der Leprakranken entwickeln müsse. In Livland seien 400 und mehr Leprafälle zu versorgen, was den Versorgungsorganen schon Thätigkeit genug gebe.

Dr. Petersen fragt, wie es mit der Versorgung der Leprösen in Curland stehe.

Dr. Katterfeld antwortet, dass man bezügliches Vorgehen demnächst von der Gouvernements-Regierung erwarte.

8. In Bezug auf die **„Pensionscasse für Wittwen und Waisen livländischer Aerzte"** berichtet Dr. Truhart Folgendes: Die vom vorjährigen Aerztetage gewählte Commission, welche den Auftrag hatte, einen definitiven Statutenentwurf zusammenzustellen, hat im Jan. a. c. in Riga getagt und ihre Arbeit beendigt. Der ursprüngliche Plan, eine theils als Unterstützungs-, theils als Sparcasse wirkende Institution in's Leben zu rufen, wurde aufgegeben und die Statuten einer reinen Unterstützungscasse einstimmig angenommen. Um die Angelegenheit zu beschleunigen, ist dieser definitive Statutenentwurf bereits der Gouvernements-Regierung zur Erwirkung der Bestätigung vorgestellt worden. Dr. Truhart's Vorschlag, diese Statuten, sobald deren Bestätigung erfolgt ist, drucken zu lassen und möglichst unter den Aerzten zu verbreiten, sowie die erste Generalversammlung der Casse

XV. JAHRGANG. **St. Petersburger** Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Dr. Carl Dehio, Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals,** Riga.

Dr. Theodor von Schröder, St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis ist in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 40 St. Petersburg, 6. (18.) October **1890**

Zur Casuistik der subconjunctivalen Cysticercen.

(Aus der St. Petersburger Augenheilanstalt).

Von

Dr. Ernst Blessig.

Nach den übereinstimmenden Angaben solcher Autoren, welche verhältnissmässig häufig Gelegenheit hatten, den Cysticercus cellulosae im menschlichen Auge und in dessen Umgebung zu beobachten, wird derselbe in den vorderen Augentheilen (unter der Bindehaut, in der vorderen Kammer) ungleich seltener angetroffen als in der Tiefe des Augapfels (im Glaskörper, unter der Netzhaut): A. v. Gräfe[1]) sah unter 89 ocularen Cysticercen nur 5 subconjunctivale, Hirschberg[2]) unter 50 nur einen. In Russland werden bekanntlich Cysticercen des Auges überhaupt viel seltener beobachtet, als etwa in Deutschland; dieses hängt ohne Zweifel mit der geringeren Ausbreitung der Taenia solium hier zu Lande zusammen, doch mögen noch andere Umstände hierbei in Betracht kommen. So sagt Herrnheiser[3]) bei Besprechung des seltenen Vorkommens von Cysticercen in Böhmen: «Die Indolenz der Bevölkerung ist ein sehr wichtiger Factor, der hier mitspielt, und ich glaube es getrost aussprechen zu dürfen, dass diese Krankheit, wenn sie auch in unserer Gegend eine grosse Rarität ist, doch häufiger verzeichnet werden könnte, wenn sie nicht in der Regel nur ein Auge befallen würde. Denn der monoculären Sehstörungen wegen sich an einen Arzt zu wenden, entschliesst sich ein grosser Theil der Bevölkerung nicht so leicht, und erstaunlich ist es, mit welch' geringem Grade von Sehschärfe viele Leute noch sehr zufrieden sind. Selbst heftige Schmerzen, wenn sie nicht längere Zeit andauern, sind nicht im Stande, viele unserer Dorfbewohner zu einer Reise zum Specialisten zu veranlassen, und so dürfte es kommen, dass in so manchem phthisischen Bulbus wohlverwahrt ein Cysticercus liegt.» Ich meine, diese Ausführungen dürften für einen grossen Theil auch unserer Landbevölkerung gelten, die es im Allgemeinen viel schwerer hat als die böhmische, einen Specialisten zu erreichen. Die ältere Casuistik der russischen und polnischen Literatur über oculare Cysticercen ist von Krjukow[4]) zusammengestellt worden; später wurden, soviel mir bekannt, Fälle von: Prshybylski[5]), Dobrochotow[6]), Rabinowitsch[7]), Kubli[8]) und Graf Magawly[9]) mitgetheilt; ferner fanden v. Schröder und Westphalen[10]) Reste eines resorbirten Cysticercus in einer tuberculösen Neubildung im Innern des Auges; auch sei erwähnt, dass unter den von ausländischen Autoren veröffentlichten Fällen manche sich finden, die aus Russland zugereiste Personen betreffen.

Um subconjunctivalen Cysticercus handelte es sich in den Fällen von Talko[11]) und Prshybylski[12]). Kürzlich nun kam folgender Fall in der St. Petersburger Augenheilanstalt zur Beobachtung:

Marfa D., 23 J. a., aufgen. am 12. Mai d. J., Russin aus dem Mogilew'schen Gouvernement, seit zwei Jahren in St. Petersburg wohnhaft, hat vor etwa Jahresfrist im inneren Winkel des rechten Auges eine Geschwulst bemerkt, welche erst schnell, später langsam wuchs, weder Schmerz noch Röthung des Auges verursachte und nur bei Bewegungen des Augapfels und beim Lidschlag hinderlich ist; Pat. möchte hauptsächlich aus cosmetischen Rücksichten die Geschwulst entfernen lassen. Sowohl in ihrer Heimath, als auch in St. Petersburg hat sie häufig rohes geräuchertes Schweinefleisch (Schinken) gegessen, aber nie an Bandwurm gelitten[13]).

Im nasalen Winkel des rechten Auges, dicht neben der Plica semilunaris conjunctivae sieht man eine erbsengrosse Geschwulst von grauweisser, ein wenig durchscheinender Farbe der Sclera aufsitzen; die im Uebrigen normale Conjunctiva ist über derselben frei beweglich, von einigen kleinen, erweiterten Gefässen durchzogen; die Geschwulst selbst ist gegen die Sclera nur wenig verschieblich und von auffallend praller elastischer Consistenz[14]). Sonst ist am Auge nichts Abnormes wahrzunehmen, keine Injection, keine Trübung der brechenden Medien, keine Veränderung des Hintergrundes. $V = < 1{,}0$ (mit + Cyl. 1,0 D ↓) T. n. Beweglichkeit des Bulbus nicht beschränkt; die Lider können über der Geschwulst geschlossen werden. Das linke Auge ist ganz normal. $V = 1{,}0$ (mit — 1,0 D).

Im Unterhautgewebe sind keine Cysticercen zu entdecken.

Am 13. Mai Operation (unter Cocaïn). Die Conjunctiva wird

[1]) Archiv. f. Ophthalmol. XII, 2.
[2]) Eulenburg's Realencyclopädie Bd. IV.
[3]) Prager med. W. 1889.
[4]) Westnik oftalmologii 1885.
[5]) Gazeta lekarska 1880.
[6]) Westnik oftalmologii 1885.
[7]) Ibidem 1886.
[8]) Ibidem 1887 (Bericht).
[9]) Ibidem 1890 und St. Pet. med. Wochenschr. 1890.
[10]) Archiv f. Ophthalmol. XXXV, 3.
[11]) Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1875.
[12]) l. c.
[13]) Ich führe dieses an, weil die Möglichkeit einer Autoinfection von einer Taenie des Darmes aus von Vielen zugegeben wird.
[14]) Die pralle, fast knorpelähnliche Härte wird als charakteristisch auch für subcutane Cysticercen angegeben.

mit der Scheere über der Geschwulst durchtrennt und gelockert; es gelingt die letztere mit einem zweizinkigen Häkchen fest zu fassen und mit kurzen Scheerenschnitten aus dem subconjunctivalen Gewebe herauszupräpariren; die Wunde wird mit einer Naht geschlossen. Die ausgeschälte Geschwulst präsentirt sich als ovoide, erbsengrosse, sehr pralle Cyste; bei Eröffnung derselben mit dem Messer entleeren sich einige Tropfen einer klaren Flüssigkeit; die Cystenwand ist 1—2 Mm. dick, sehr derb, innen glatt. Beim Aufschwemmen der eröffneten Cyste in Wasser löst sich aus derselben ein etwa linsengrosses, zartes, blasiges Gebilde heraus, welches im Innern einen weissgelblichen opaken Zapfen erkennen lässt; unter dem Mikroskop erweist sich dieses Gebilde als *Cysticercusblase* mit eingestülptem Hals und Kopf; an letzterem tritt, nach Aufhellung in Glycerin, der charakteristische *Hakenkranz nebst Saugnäpfen* mit schönster Deutlichkeit hervor.

Die Operationswunde heilte per primam intentionem; Pat. wurde am 16. Mai entlassen.

St. Petersburg, Juni 1890.

Ueber Laryngotomie und Dilatationsverfahren bei Laryngostenosen.

Vortrag, gehalten auf dem II. Aerztetage der Gesellschaft livländischer Aerzte

von

Dr. A. Bergmann
in Riga.

M. H.! Die Stenosen des Larynx stellen an uns zunächst die Forderung, dem mit qualvollem Luftmangel ringenden Kranken die freie Athmung wiederherzustellen und sie ihm dann durch Wegräumen des mechanischen Hindernisses oder Wiederwegsammachen des Larynxlumens zu erhalten. Die acut entzündlichen Erkrankungen des Larynx an Croup, Diphtherie, Erysipel, Phlegmone etc. erfordern meist nur für kurze Zeit die Wohlthat eines chirurgischen Eingriffes, der mit Ausschaltung der erkrankten Partien dem Pat. die Athmung frei erhält bis zum Ablaufen des Grundleidens. Diesem Verfahren ist bisher die allgemein angewandte Tracheotomie gerecht geworden. Erst in neuester Zeit soll ihr die Intubation Concurrenz machen, die, von Amerika ausgegangen, nur wenig Nachahmer auf dem Continent gefunden, und auch diese sind nicht gerade sehr für die neue Methode eingenommen. Thiersch, Rehn u. A. stimmen darin überein, dass die Intubation leichter auszuführen, als es a priori scheinen möchte, allein eine schwierige Aufgabe bleibt es immerhin, dem schreienden, sich wehrenden oder auch dem chloroformirten Kinde das Röhrchen in den Larynx zu schieben, dessen unverhältnissmässig dünnes Kaliber ein leichtes Herausgeschleudertwerden begünstigt. Das Röhrchen wird sehr leicht verstopft; endlich ist dasselbe auch von Kindern verschluckt worden. Die Nachbehandlung erfordert somit Intelligenz von Seiten des Pflegepersonals und möglichst unausgesetzte Controlle von Seiten des Arztes, also lauter Bedingungen, mit denen der Landarzt gewöhnlich nicht rechnen kann, während die Intubation gerade für solche Verhältnisse ersonnen worden, wo die Tracheotomie wegen mangelnder Assistenz, ungenügender äusserer Verhältnisse und dgl. sehr schwer ausführbar erscheint. Nach den amerikanischen Statistiken hebt sich der Procentsatz der mit dem Leben Davongekommenen bei der Tubage nahe an denjenigen heran, welcher durch die Tracheotomie gerettet wird.

Geräth ein Fremdkörper in den Larynx, so wird die durch ihn erzeugte Athemnoth häufig durch die mittelst Kehlkopfzange ausgeführte Extraction per vias naturales gehoben. Selbst bei Kindern findet man mitunter durchaus nicht den erwarteten Widerstand gegen diesen doch mindestens sehr unangenehmen Eingriff. Ich habe einem 5jährigen zarten und sehr intelligenten Knaben wiederholt die Kehlkopfpincette einführen können, um eine Krebsscheere zu fassen, deren oberer bulböser Theil dem Knaben subchordal eingeklemmt fest sass. Erst nach mehrmaligen vergeblichen Versuchen, den Fremdkörper zu extrahiren— die Zange brach immer aus — erlahmte die Willenskraft des kleinen Patienten, ich musste die Tracheotomie machen und bis zur Cricoidea hinauf spalten, worauf ich die Krebsscheere direct noch immer nicht extrahiren konnte, sondern sie erst durch die Glottis hinaufschieben musste, um sie dann vom Munde aus mit dem Finger zu erreichen und zu extrahiren.

An die Fremdkörperstenosen anschliessen möchte ich noch diejenigen, welche durch angesammeltes, angetrocknetes Secret verursacht, Pat. in peinlichste Athemnoth versetzen können. Natürlich kommt hierbei nur eine endolaryngeale Therapie in Frage: ein kräftiger Strahl warmer Sodalösung aus der Kehlkopfspritze auf die grauschwarze Masse des stenosirenden Schleims dirigirt, löst dieselbe und, nachdem der Larynx noch ein Paar Mal ausgespritzt worden ist, verlässt der Kranke das Empfangszimmer frei athmend und laut sprechend, erstaunt von Jedem angestarrt, der ihn schwer stenotisch athmend und völlig tonlos ins Zimmer treten sah.

Die Kategorie von Larynxstenosen, welche durch das Entstehen und Wachsen einer malignen Neubildung verursacht ist, erfordert wohl stets die Laryngotomie, bei der es constatirt werden kann, ob eine partielle Resection noch ausreicht, oder ob bereits die Totalexstirpation erforderlich ist, um das Leben des Pat. zu retten. Hier ist dann weiter erforderlich, durch eine geeignete Canüle für die fernere Lebensdauer des Operirten das Larynxlumen herzustellen resp. zu ersetzen. Die partielle Resection ermöglicht in einer Anzahl von Fällen freies Athmen auch ohne Canüle.

Endlich darf nicht unerwähnt gelassen werden, dass es Fränkel gelungen ist von 5 Fällen 3 zu heilen durch endolaryngeale Operation des eben entstehenden Carcinoms. Alle gutartigen Neubildungen — mit Ausnahme etwa der Papillome — lassen die Ausrottung per vias naturales zu. Für gewöhnlich sind die Stenosenerscheinungen bei diesen Tumoren so gering, dass man nicht in die Lage kommt durch schleunigst ausgeführte Tracheotomie dem Kranken vor Allem erst Luft zu schaffen, eine Lage, in der man sich bei den malignen Neubildungen gar nicht so selten befindet, besonders bei unserem noch vielfach sehr indolenten Landvolk.

Wenn wir nun zur Behandlung der Larynxstenosen sensu strictiori kommen, so müssen wir hier unterscheiden: Diaphragma-ähnliche Verschlüsse des Kehlkopflumens, wie sie ihren Typus in den angeborenen Membranverschlüssen finden und wie sie als Narbenstenosen namentlich durch Lues verursacht werden, und mehr oder weniger röhrenförmige Verengerungen, wie sie von verschiedenen Infectionskrankheiten — auch hier wieder Lues in erster Linie — verursacht werden, die entweder die Kehlkopfschleimhaut zum Sitz mehr oder weniger ausgedehnter Infiltrationen machen oder tiefer greifend das Knorpelgerüst des Kehlkopfes entzündlich afficiren, erweichen, der Nekrose und Sequestrirung des Nekrotischen entgegenführen. Ausser der Lues verursachen solche Stenosen: die Tuberculose, die Lepra, der Typhus, die Pocken, das Rhinosclerom und die Chorditis vocalis inferior.

Bei der Lepra kommt eine andere Therapie als die Tracheotomie nicht in Betracht. Bei der Larynxtuberculose, bei welcher bisher die Tracheotomie der einzige chirurgische Eingriff war, der palliativ wirken konnte, hat das Hering'sche Verfahren des Curettements der tuberculös erkrankten Partien mit nachfolgender energischer Milchsäurebehandlung zweifellos in einer Anzahl von Fällen Erfolge aufzuweisen. Vor der operativen Behandlung der Larynxtuberculose mittelst Laryngotomie, Ausschaben der Granulationen und Cauterisation derselben muss ich Sie warnen. Ich hatte mir für diese Therapie, die a priori bei primärer Larynxtuberculose oder doch bei nur geringfügiger Lungenlocalisation Erfolg haben müsste, 2 Fälle ausgesucht. Der erste konnte sich zur Operation nicht eher entschliessen, als bis er durch die Unmöglichkeit der Nahrungsaufnahme

total entkräftet war. Es half ihm darum nichts mehr, dass er nach der Operation schlucken und sich ordentlich sättigen konnte. Der Kräfteverfall nahm stetig zu, die Krankheit machte jetzt rapide Fortschritte in den Lungen, auch im Larynx begann sich ein Recidiv zu zeigen und einen Monat nach der Operation ging Pat. zu Grunde. Den Eingriff als solchen hatte Pat. vortrefflich vertragen, prima intentione war die ganze Wunde verheilt und ich bedauerte später die Canüle nicht früher entfernt zu haben, da hier allein die Wunde sich nicht schliessen wollte, sondern eine Fistel persistirte. Ebenso ist es in einem zweiten Falle gegangen, auch dort entstand — noch früher als in dem ersten Falle — ein locales Recidiv; über den allendlichen Ausgang kann ich Ihnen jedoch nichts mittheilen, da Pat. das Krankenhaus verliess und nach Hause fuhr.

Die Laryngotomie oder richtiger Laryngofission war in diesen beiden Fällen sehr gut vertragen worden, sie ist auch bei den übrigen Fällen, welche ich im Laufe des Jahres operirt, niemals von irgend welchen übelen Ereignissen gefolgt gewesen. Ich habe nie eine Tamponcanüle angewandt, sondern es vorgezogen, das Tracheallumen um die Canüle mit kleinen, an Fäden befestigten Wattebäuschen auszustopfen. Dieser Verschluss ist absolut sicher und kann, sobald die Watte durchtränkt ist, sofort mit Leichtigkeit erneuert werden. Endlich habe ich in den letzten Jahren stets, sobald ich bis zur Cricoidea gespalten hatte, einen mit Cocain getränkten Wattebausch in den Pharynx hineingeschoben. Man vermeidet dadurch oder verringert wesentlich die furchtbaren Hustenstösse und Würgbewegungen, welche ausgelöst werden, sobald man den Larynx total gespalten hat.

In der Laryngofission haben wir eine Operation, die, an sich nicht gefährlicher als die Tracheotomie, wohl lange dauert und guter Assistenz bedarf, dafür aber auch den Vorzug bietet, dass man das erkrankte Gebiet unmittelbar vor Augen hat und mit Fingern fassen kann.

Das Dilatationsverfahren wird von Schrötter so ziemlich bei allen hier in Betracht kommenden Processen empfohlen, theils mit, theils ohne vorangeschickte Tracheotomie und in Verbindung mit anderen endolaryngealen Eingriffen — Discision der Narben, Galvanokaustik etc. Schrötter empfiehlt das Dilatationsverfahren für jeden Fall besonders anzupassen und sorgfältig zu individualisiren.

Schrötter hat sich um den Ausbau dieser Behandlungsmethode ganz besonderes Verdienst erworben und neben seinen eigenen existirt eine Reihe von Veröffentlichungen seiner Schüler über günstige Erfolge, erzielt durch consequent fortgesetzte Dilatation.

Die Veröffentlichungen über laryngotomirte Fälle stellen ihre Resultate jenen eben erwähnten gegenüber. Man vermisst ein Zusammenstellen, ein Abschätzen und Abwägen beider Operationen, woraus resultiren würde, dass jede dieser Behandlungsmethoden ihr specielles Gebiet habe und endlich in einer Anzahl von Fällen beide combinirt anzuwenden seien.

Wenn vorhin für die Laryngofission eine nahezu absolute Gefahrlosigkeit des Eingriffes in Anspruch genommen wurde, so ist als Nachtheil dieser Operation hervorzuheben, dass die totale Spaltung des Kehlkopfes in einem Theil der Fälle — der von Bruns mitgetheilte Procentsatz von 50 % ist entschieden viel zu hoch — von mehr oder weniger ausgesprochener Heiserkeit bleibend gefolgt ist.

Als Nachtheile des Dilatationsverfahrens sind die lange Dauer und die Qualen, die dieselbe doch täglich mit sich bringt, zu betonen. Eine Reihe von Kranken ist bereit sich einer Operation in Narkose unterwerfen zu wollen, kann es jedoch nicht über sich gewinnen die Dilatationscur zu beginnen oder bis zu Ende fortzusetzen. Es haben Patienten mit dieser Erklärung die Behandlung aufgegeben, bei anderen ist sie unmöglich geworden, weil das Allgemeinbefinden derart geschädigt wurde, dass die Behandlung aufgegeben werden musste.

So hatte ich eine Frau wegen Perichondritis cricoidea mit Bolzendilatation nach Schrötter bis № 22 gebracht, allein, nachdem gegen Ende der Behandlung Pat. immer blasser und elender geworden war, verweigerte sie die Fortsetzung der Behandlung und verfiel bei jedem Versuch die Behandlung fortzusetzen in die furchtbarsten hysterischen Krämpfe. Ich musste die Behandlung aufgeben und die Folge einer mehrmonatlichen Ruhepause war, dass die so gut erweiterte Stenose sich derart verengert hatte, dass es zu einem fast absoluten Verschluss des Larynxlumens gekommen war. Es blieb mir nichts Anderes übrig, als die Patientin zu laryngotomiren und ihr eine Foulis'sche Canüle einzulegen, deren Larynxschenkel Pat. nun permanent tragen wird, bis entweder ein brauchbares Larynxlumen hergestellt oder ein Wechsel der aus Silber gefertigten Canüle nothwendig wird. Bei einem Gasarbeiter, bei dem im Anschluss an Typhus abdominalis ein breites Infiltrat der Interaryschleimhaut und Perichondritis aufgetreten war, konnte die Laryngotomie und das Evidement alles Erkrankten die Stenose nicht völlig beseitigen. Pat. kann sich jedoch nicht entschliessen, durch Bolzenbehandlung die Stenose fortschaffen zu lassen und zieht es vor, eine Canüle zu tragen, die nur aus einem Larynxschenkel bestehend, über dem Tracheallumen ein grosses Fenster enthält, durch das Pat. auf normalem Wege respirirt. Die rauhe, heisere Stimme stört den Pat. nicht und so weist er jeden Vorschlag, seine Canüle zu entfernen — allerdings nach einer längeren Behandlung — mit Hohn zurück.

Von 3 Pat., die wegen Perichondritis auf luetischer Basis tracheotomirt und laryngotomirt worden, steht nunmehr einer vor dem Decanülement. Derselbe ist 1887 von mir tracheotomirt, worauf ich die Resection eines Theiles der Cart. thyreoidea und des grössten Theiles des Halbringes der Cricoidea vornahm. Die Platte der Cricoidea liess ich zurück, weil hier das Perichondrium fester haftete und ich hoffte, es werde sich dieser Theil bei eingeleiteter specifischer Behandlung erhalten lassen. Diese Hoffnung erfüllte sich nicht. Pat. ging nach Wien. Schrötter weigerte sich, die Resection des noch vorhandenen Theiles vorzunehmen und äusserte sich dahin, dass die Chancen für die Dilatationsbehandlung bessere seien, wenn man der Natur die Ausstossung des Knorpels überlasse, welche dann endlich im Frühjahr 89 erfolgte, wobei das nekrotische Knochenstück in die Trachea hinabfiel und Pat. einige Augenblicke in der Gefahr schwebte, dass dasselbe in einen Bronchus hinein aspirirt werden könnte. Im Frühjahr 89 wurde die Dilatationsbehandlung in Wien begonnen und ist dieselbe dann über ein Jahr von mir fortgesetzt worden; sie hat zu dem Erfolge geführt, dass Pat. jetzt über 6 Wochen ohne jegliche Behandlung bei Tag und Nacht die Canüle obturirt halten kann und sich des besten Wohlseins dabei erfreut. Die Stimme, wenn auch noch rauh und unrein, ist jedenfalls laut tönend geworden. Ueber den zweiten Fall berichtete ich Ihnen vorhin, derselbe trägt die Foulis'sche Canüle. Der dritte Fall ist ³/₄ Jahre mit Dilatation behandelt worden, nachdem er 1 Jahr früher in Dorpat tracheotomirt worden. Auch hier lässt sich der stärkste Bolzen bequem einführen, allein in 3—4 Stunden, nachdem derselbe entfernt worden, beginnen wieder Athembeschwerden und an ein Decanülement ist hier zunächst jedenfalls noch nicht zu denken.

Von 5 wegen Stenose nach Typhus Operirten ist 1 geheilt mit rechtsseitiger Ankylose des Aryknorpels, wodurch die Athmung doch in so weit beeinträchtigt ist, dass Pat. nur leichte Arbeit leisten kann und Bergsteigen vermeiden muss.

1 Pat. trägt eine obturirte Larynxcanüle — derselbe, dessen ich vorhin schon erwähnt.

1 Pat. verliess das Krankenhaus, sobald er bei obturirter Trachealcanüle sprechen und athmen konnte. Ein Versuch, die Canüle zu entfernen, misslang, Pat. wollte sich einer Dilatationsbehandlung nicht unterziehen.



2 Kranke verliessen mit Dupuis'scher Canüle das Krankenhaus und haben sich nicht wieder blicken lassen.

Von diesen 5 Kranken hat sich Keiner der Dilatationsbehandlung unterziehen wollen.

Durch Laryngofission allein sind ferner geheilt worden: 2 Fälle von Krebsscheere im Larynx, beide betrafen Kinder (5 und 2 Jahre).

1 Fall von Perichondritis zweier Trachealringe bei einer 52jährigen Frau.

1 Fall von Laryngitis hypoglottica bei einem 4jährigen Knaben.

1 Mädchen, das ich 2 Mal wegen multipler Papillome operiren musste.

M. H.! Ich beabsichtige nächstens eine Zusammenstellung aller von mir laryngotomirten Fälle in extenso zu publiciren und erlaube mir, falls Sie Detaillirteres über die Krankengeschichten wissen wollen, darauf zu verweisen; ich will zum Schluss nur noch resümiren, welche Stellungnahme zu diesen beiden Behandlungsmethoden meiner Ansicht nach am richtigsten zu sein scheint.

Der Laryngotomie zugehörig sind alle Fälle von maligner Neubildung anzusehen; nach Fränkel zu operiren halte ich — zunächst jedenfalls — nur dort für gestattet, wo der Operateur über eine sehr ausgebildete Operationsfertigkeit verfügt, wo sehr früh die Diagnose gestellt werden kann und der Kranke unter steter Beobachtung bleibt; wo auch nur eine dieser Bedingungen nicht erfüllt ist, fährt der Kranke sicherer, wenn er laryngotomirt wird.

Ferner gehören hierher alle Fremdkörper, sobald dieselben nicht leicht mittelst laryngealen Verfahrens entfernt werden können.

Endlich alle Narben und chronisch entzündlichen Processe, sobald dieselben tiefer, unterhalb der Stimmbänder sich abspielen. Auch die Perichondritis cricoidea halte ich für hierher gehörig. Bei dieser Erkrankung ist es dann allerdings wichtig, die Diagnose früh zu stellen, so lange die Schleimhaut noch intact ist. Bei der Operation ist dann ferner mittelst Verticalschnittes die Platte der Cricoidea freizulegen und nach Ablösen des Perichondriums zu durchtrennen, und nun extrahirt man die beiden Hälften nach vorn hin, indem man mit dem Elevatorium das Perichondrium abhebelt. Man erhält so im Larynxlumen nur eine, und zwar längs gestellte Wunde, die auch bei Heilung per secundam intentionem an und für sich keine Stenose machen wird. Auch der rasche Erfolg der Laryngofission bei dem Knaben mit Laryngitis hypoglottica würde mich in Zukunft veranlassen bei Kranken, die besonders empfindlich und ungeduldig sind, diese Operation der Dilatation vorzuziehen, welche Schrötter sowohl bei der Laryngitis hypoglottica, wie ganz besonders bei dem Rhinosclerom ausschliesslich für indicirt hält. Sicherlich hat man die Pflicht, bei Processen, welche sich in unmittelbarer Nähe der Stimmbänder abspielen, es sehr reiflich zu erwägen, welchen Eingriff man wählt. Bei der Laryngotomie wird es hier nicht vermieden werden können, dass man die vordere Stimmbandcommissur durchschneiden muss, und die Folge davon ist, wie Sie wissen, in einem Theil der Fälle Heiserkeit; zwar stellt sich bei einem Theil der Kranken, die heiser entlassen worden, die Stimme noch nachträglich wieder ein; mein im Januar operirter kleiner Patient bekam erst im August seine Stimme wieder, die ein auffallend tiefer Alt geworden war. Man wird ferner durch exacte Naht in der Mehrzahl der Fälle stimmlich gute Resultate erzielen, allein die Heiserkeit als Folge der Laryngotomie bleibt doch immer ein Factor, mit dem gerechnet werden muss, wenn Sie ihren Kranken vor die Wahl der Laryngofission oder der Dilatationsbehandlung stellen.

Je geringer die geistige und seelische Entwickelung Ihres Patienten, je gröbere Arbeit er zu verrichten hat, je weniger Zeit er seinem Kranksein widmen kann, desto eher werden Sie ihn laryngotomiren müssen. Die Kürze des Krankseins wiegt hier dem Kranken sicherlich die Möglichkeit einer heiseren Stimme völlig auf. Je intelligenter Ihr Patient, je besser seine Lebensstellung, desto eher wird er die Dilatationsbehandlung vorziehen, bei der Sie ihm die Wiederherstellung seiner Stimme sicher versprechen können. Allein wappnen Sie sich in dem Bewustsein, dass diese Behandlungsmethode nicht nur ein Prüfstein der Geduld für Ihren Patienten ist, sondern dass dieselbe an Ihre eigene Geduld Forderungen stellt, die nicht gering sind, und die nur überwunden werden können durch die Hoffnung, endlich einmal das Ziel zu erreichen und Ihrem Kranken zu freiem Athemholen und früherer Stimme geholfen zu haben.

Protokoll der II. Sitzung des zweiten livländischen Aerztetages.

Wenden, 27. August 1890, 6 Uhr Nachmittags.

1. Prof. Dr. Thoma-Dorpat spricht: **„Ueber Arteriosclerose"**. Vortr. hat sich seit einer Reihe von Jahren mit den Erkrankungen des Gefässsystems beschäftigt und dabei eine Reihe von Ergebnissen gewonnen, welche er heute in übersichtlicher und kurzer Form zusammenstellen möchte. Dabei werde er jedoch in Anbetracht des sehr umfangreichen Materials durchaus nicht auf alle Einzelheiten eingehen und auch an dieser Stelle keine Beweisführung versuchen. Dagegen habe Vortr., indem er diese Fragen berühre, den Wunsch, zur Mitarbeiterschaft anzuregen, umsomehr, als zur weiteren Förderung unseres Wissens vielfach langjährige Beobachtungsreihen nothwendig werden dürften, wie sie nur von dem Hausarzte gewonnen werden können.

Die Arteriosclerose findet ihre Ursache in allgemeinen Störungen der Ernährung, welche zum Theil Folge sind von Infectionen, Intoxicationen und anderen pathologischen Vorgängen verschiedener Art, zum Theil auch mit senilen Veränderungen zusammenhängen. Diese allgemeinen Ernährungsstörungen erzeugen indessen nicht nur Erkrankungen der Arterien, sondern auch Erkrankungen der Venen und Capillaren. — In den Arterien äussert sich die Störung zunächst durch eine Schwächung der mittleren Gefässhaut, durch eine Abnahme der Elasticität, das heisst durch eine Abnahme des Widerstandes, welche die Gefässwand der Dehnung durch den Blutdruck entgegensetzt. Das Gefässrohr wird in allen Richtungen gedehnt, es erweitert sich und seine Verlängerung führt zu einer Schlängelung, die bei allen sclerotischen Arterien so leicht nachweisbar wird. Die Erweiterung des Gefässrohres aber hat weiterhin eine Bindegewebsneubildung in der Intima zur regelmässigen Folge, der sich dann weiterhin — als Folge fortschreitender Dehnung — eine Reihe regressiver Veränderungen, Verfettung, Verkalkung, hyaline Degeneration anschliessen.

Aehnliche Veränderungen finden sich im Venensysteme. In den Capillaren dagegen äussert sich die Störung durch eine Zunahme der Durchlässigkeit der Capillarwand und in der Folge durch ödematöse Durchtränkungen der Gewebe.

Unter den bedeutsamen Folgezuständen dieser Angiosclerose seien zunächst die varicösen Erweiterungen der Venen und die Aneurysmen erwähnt. Namentlich die letzteren legen uns die Frage nahe, wie die Arteriosclerose frühzeitig erkannt und auf welchem Wege wenigstens ihren übelsten Folgen vorgebeugt werden könne. — Im Anfangsstadium der Arteriosclerose und in der unmittelbar vorangehenden Zeit findet sich eine Abnahme der Elasticität der Gefässwand, die an der Leiche physikalisch nachgewiesen werden kann, die sich am Leben äussert durch einen weichen, hohen Puls, ausgesprochene Schlängelung der Arterien im Allgemeinen und namentlich der Netzhautarterien, vielfach auch durch Pulsation der Netzhautarterien, die ophthalmoskopisch erkennbar ist. In diesem Stadium besteht namentlich die Gefahr der Aneurysmabildung und der Gefässzerreissungen. — In den späteren Stadien ist die Gefässwand durch die Bindegewebsneubildung gefestigt, derb, zuweilen rigide. Die Diagnose aber ist sowohl durch die Untersuchung des Pulses, wie durch den Nachweis einer Reihe von allgemein bekannten Folgeerkrankungen verschiedener Organe ermöglicht.

Bei der grossen Bedeutung der Erkrankung, deren Gebiet noch viel weiter ist, als es bei der Kürze der Zeit geschildert werden kann, richtet Vortr. an die Collegen die Bitte, dieser Erkrankung ihre Aufmerksamkeit zu widmen. Wenn es gelingen würde, durch weitere Entwickelung der Untersuchungsmethoden frühzeitig die Diagnose zu stellen, so wäre eine Prophylaxis gegen die arteriosclerotischen Aneurysmen möglich, da diese bei Schwächungszuständen der Gefässwand zu entstehen pflegen, durch vorübergehende erhebliche Steigerungen des Blutdruckes, wie sie bei körperlichen und geistigen Anstrengungen, bei Athemsuspensionen und bei anderen Gelegenheiten auftreten. Auch würde zugleich dabei den schweren Formen der knotigen Arteriosclerose entgegengewirkt werden, da auch diese durch die gleichen Blutdrucksteigerungen beeinflusst werden.

Dr. Westphalen fragt, ob nicht nach dem ätiologischen Momente der Arteriosclerose auch verschiedene pathologische

Erscheinungsformen derselben vorkommen, ob nicht z. B. der luetischen Endarteriitis der Hirnarterien (Heubner's) gegenüber der Arteriosclerose im Allgemeinen eine gewisse pathologisch-anatomische Sonderstellung gebühre? Auch habe es ihm geschienen, als ob die Syphilis auch an den Körperarterien eine besondere Form der Arteriosclerose bedinge. Es schweben ihm 2 Fälle vor, wo bei relativem Intactsein der grossen Arterien der endarteriitische Process mit enormer Petrification des ganzen Arterienrohres hauptsächlich in den Arterien der unteren Extremitäten spielte. In dem einen Falle war es auf dem Boden der atheromatösen Geschwüre zu autochtoner Gerinnung mit consecutiver Gangrän der Extremitäten gekommen.

In klinischer Beziehung glaubt W. noch auf eine Erscheinung aufmerksam machen zu können, welche anscheinend ein frühzeitiges Symptom der Arteriosclerose abgeben würde — verschiedene Hämorrhagien der Haut ohne jede traumatische Einwirkung und ohne hämorrhagische Diathese. Augenscheinlich dürften solche Hämorrhagien auf einer abnormen Durchlässigkeit und Zerreisslichkeit der Gefässe beruhen.

Prof. Dr. Thoma: Die von Dr. Westphalen berührten Beobachtungen bestätigen die Erfahrung, dass die Arteriosclerose häufig einzelne Gefässprovinzen bevorzugt. Bei den syphilitischen Gefässerkrankungen ist aber die gummöse Form, die auf Localwirkungen des Infectionsgiftes beruhen dürfte, wohl zu unterscheiden von den fibrösen Formen, welche als Folge der allgemeinen Ernährungsstörung angesehen werden können. — Was die Erscheinung der Blutung anbelangt, so gehört sie auch n. A. des Vortr. zu den Folgen der zu Arteriosclerose führenden Ernährungsstörungen der Gefässwand. Hierher sind zu rechnen manche cerebrale Blutungen, Epistaxis und andere Schleimhautblutungen. Auch die multiplen Ecchymosen bei acuten Infectionen dürften auf Veränderungen der Gefässe beruhen, die späterhin in Beziehung zur Arteriosclerose treten.

Prof. Dr. Unverricht macht darauf aufmerksam, dass trotz sorgfältiger Verwerthung aller Symptome, welche auf Elasticitätsverlust der Arterien hinweisen, dennoch *im Initialstadium* die Diagnose der Arteriosclerose auf grosse Schwierigkeiten stösst. Der Puls wechselt so sehr durch äussere Bedingungen, dass man gelegentlich die Zeichen einer verminderten Spannung findet, während das Individuum zu anderen Zeiten gute Elasticitätsverhältnisse darbietet. *Das Absterben der Extremitäten* ist häufig rein nervös, und dürfte nur gelegentlich ein Vorläufer der Arteriosclerose sein. Der *arteriosclerotische Schmerz* erscheint U. als ein wichtiges Symptom *bei fortgeschrittener Arteriosclerose*, besonders wenn die leicht palpablen Arterien nur wenig verändert sind. Im vorgeschrittenen Stadium lässt sich auch häufig Elasticitätsverlust nachweisen an Gefässbezirken, die noch nicht hart indurirt sind. Es ist dies eine Bestätigung der Thoma'schen Anschauungen.

Dr. A. Schwartz-Fellin fügt in Bezug auf einen von Prof. Unverricht erwähnten Pat., an welchem diese angiosclerotischen Schmerzen im Gebiete des Kehlkopfes beobachtet wurden, hinzu, dass ähnliche Schmerzen bereits 3 und 4 Jahre vorher zu beobachten gewesen waren, welche nach diätetischer Regelung der Lebensweise schwanden und erst wiederkehrten, als Pat. im 61. Lebensjahre zum ersten Mal eine Ehe einging.

Dr. Ed. Schwarz weist im Anschlusse an Prof. Thoma's Vortrag darauf hin, dass in jüngster Zeit auf Bestehen gleichzeitiger Tabes und relativer Aorteninsufficienz aufmerksam gemacht worden ist, das, wenn Vortr. nicht irre, von Leyden als zufälliges Zusammentreffen erklärt wird. Da jedoch sowohl die Tabes, als auch die relative Aorteninsufficienz durch Verhältnisse erzeugt werden können, wie sie Prof. Thoma vorgetragen, so fordert Vortr. die Collegen auf, in der Folge bei ihren Tabeskranken auf Aorteninsufficienz zu achten, da ein genetischer Causalnexus beider Affectionen sehr wohl möglich wäre.

Dr. A. v. Bergmann bemerkt in Bezug auf die Therapie der Gangrän nach Arteriosclerose an den Zehen, dass entweder exspectativ zu verfahren *oder hoch* zu amputiren ist. Eine Amputation im oberen Drittel des Unterschenkels ist zu versuchen, sie hat Vortr. 2 Mal einen guten Stumpf gegeben — Amputation oder Enucleation nahe an der Grenze des Nekrotischen ist stets von raschem Weiterschreiten der Gangrän gefolgt, daher entschieden zu vermeiden.

Dr. v. Zoege-Manteuffel macht darauf aufmerksam, dass die senile Gangrän doch wohl nicht zu den Anfangssymptomen der Arteriosclerose überhaupt gehört, vielmehr der Ausdruck einer hochgradigen Erkrankung localer Natur ist. In Betreff des Verlaufes und der Indicationen zu operativen Eingriffen könne er seiner Erfahrung nach anführen, dass sich die operativen Maassnahmen auf eine Ablatio femoris oder eine Absetzung im Knie beschränken müssten, weil man nur so das bei der in Rede stehenden Krankheit ergriffene Gebiet ausschalten könne und ein gesundes Gefässgebiet erreiche. Es findet sich nämlich fast stets Erkrankung der Tibialis postica, peronea und antica, die oft in die Poplitea übergehe. Sobald man in das Gebiet der Glutäa komme, ist die Ernährung des Stumpfes durch die hier gegebenen Collateralen sichergestellt.

Dr. Wolferz fragt Prof. Thoma, ob die Veränderungen im Urin, Spuren von Eiweiss und geringes specifisches Gewicht nicht auch zu den Initialerscheinungen der Arteriosclerose zu rechnen seien.

Prof. Dr. Thoma: Nephritis in verschiedenen Stadien ist eine nicht seltene Begleiterscheinung der Arteriosclerose, doch finden sich durchaus nicht immer bei schweren Gefässerkrankungen auch schwere Nephritiden.

Dr. O. Petersen bemerkt, dass seiner Ansicht nach die Syphilis in der Aetiologie der Arteriosclerose zu häufig als veranlassendes Moment angeschuldigt werde. Häufig sei nur eine Coincidenz beider Krankheiten vorhanden.

Prof. Dr. Thoma stimmt dem zu, dass die ätiologische Bedeutung der Syphilis überschätzt werde. Indessen beweise das Vorkommen der Arteriosclerose nach den übrigen Infectionskrankheiten, dass auch die Syphilis in Betracht gezogen werden muss.

2. Dr. J. Krannhals-Riga spricht: **„Ueber bacteriologische Untersuchungen zur Zeit der Influenza in Riga".**

Vortr. referirt über eine Reihe von bacter. Untersuchungen, ausgeführt bei verschiedenen Formen von Pneumonie und Pleuritis während der Influenzazeit. In 20 bacteriol. untersuchten Sectionsfällen typischer, fibrinöser, lobulärer Pneumonie fand Vortr. allemal die Fränkel'schen Pneumokokken, welche in 7 Fällen ausserdem durch das Culturverfahren sichergestellt wurden. Sie waren meist vereint mit Eiterkokken und unter diesen am häufigsten dem Streptokokkus pyogenes. Ausserdem wurden Pneumokokken durch Cultur und an Trockenpräparaten zweimal constatirt im Exsudate serös-eitriger Meningitiden.

Den Streptokokkus pyogenes sieht Vortr. als den Hauptschuldigen der in jener Zeit nicht selten vorhandenen, abscedirenden circumscripten Pneumonien an, sowie der acut entstandenen Lungenabscesse ohne bedeutendere pneumonische Veränderungen. Ferner wurde der Streptokokkus in vollkommener Reinheit als einziger pathogener Pilz bei 8 Fällen primären und in 2 Fällen metapneumonischen Pleuraempyems constatirt (durch das Culturverfahren), in einer ganzen Reihe anderer Fälle eitriger Pleuritis durch die Befunde langer Kokkenketten im Eiter wahrscheinlich gemacht. Pneumokokken hat Vortr. in eitrigen Pleuraergüssen nicht constatirt, wohl aber zweimal bei serösen Ergüssen, die sich bei Lungenabscessen fanden. — Die übrigen Eiterkokken, die Staphylokokken, wurden sehr viel seltener als Hauptbefund constatirt. Nur in 4 Fällen bildeten sie die weitaus grosse Mehrzahl der Colonien. Es waren dies 2 Fälle abscedirender Pneumonie, sowie 2 Fälle einer sich anatomisch von der gewöhnlichen fibrinösen Pneumonie in manchen Dingen unterscheidenden Lungenentzündung.

Sechs Mal hat Vortr. Mikroorganismen gewonnen aus serös-eitrigen, pericardialen, resp. peritonealen Ergüssen, welche sich mit den bisher bekannten noch nicht sicher haben identificiren lassen. Von diesen sind besonders hervorzuheben: 1) Kurzstäbchen aus einem serös-eitrigen, pericardialen Erguss; 2) Kokken aus einem ebenso beschaffenen peritonealen Erguss; 3) Stäbchen aus einem Leberabscess nach Influenza — welche 3 Arten bei Zimmertemperatur nicht zum Wachsthum zu bringen waren.

Es sind somit bei entzündlichen Erkrankungen der Respirationsorgane während der Influenzazeit keine specifischen Mikroorganismen gefunden worden, die sich von den allbekannten Entzündungs- und Eiterungserregern unterschieden hätten. Somit stimmen die in Riga gewonnenen Resultate bacteriologischer Untersuchungen überein mit den bisher aus Deutschland bekannt gewordenen.

3. Dr. Krannhals demonstrirt eine Collection von Agar-, Gelatine- und Kartoffelculturen folgender **Bacterien:**

1) Staphylokokkus pyogenes citreus.

2) Ein die Nährböden intensiv grün verfärbender Bacillus, die Gelatine verflüssigend.

3) Ein dem Friedländer'schen Mikrokokkus pneumoniae ähnlich wachsendes Stäbchen („Nagelcultur").

4) Kokken, gewonnen bei Empyema pleurae auf Agar und Kartoffeln, in der Wärme nach Art des Staphylokokkus pyogenes aureus wachsend, auf Gelatine bei Zimmertemperatur bis jetzt jedoch nicht cultivirbar.

5) Kokken, gewonnen bei einer fibrinös-eitrigen Peritonitis, auf Agar und Kartoffeln im Brütschrank als kreideweisser glänzender Ueberzug wachsend, auf Gelatine bei Zimmertemperatur jedoch bis dahin nicht gedeihend.

6) Kurzstäbchen, gewonnen bei eitriger Pericarditis, ebenfalls bei Zimmertemperatur bis jetzt nicht gewachsen, auf Agar und Kartoffeln in der Wärme als mattweisslicher körniger Ueberzug.

4. Dr. Koppe-Pernau spricht: **„Ueber den Seeschlamm, seinen Ursprung und seine Verwendung".**

Seeschlamm findet sich in allen flachen und windgeschützten Buchten, wo der vorhandene Thonboden einen Pflanzenwuchs ermöglicht. Der Seeschlamm besteht im Wesentlichen aus Lehm, durchsetzt mit 2% organischer Substanz aus der Verwitterung der auf dem Lehm wachsenden Pflanzen stammend. Der Lehm führt den Pflanzen die Nahrung zu, der Verwitterungsprocess der Pflanzen lockert seinerseits den Thon. Die unleugbaren Erfolge der Seeschlammbehandlung lassen sich nicht auf eine chemische Wirkung des Seeschlammes zurückführen, sondern sind reine Wärmewirkung, indem die Beimischung des heissen Schlammes die Wärmewirkung des Wassers steigert. Als Postulat für den Seeschlamm stellt Vortr. hin: 1) der Seeschlamm muss möglichst

rein, d. h. frei von fremden Beimengungen, Pflanzenresten, Sand, Steinen, Wasserthieren etc. sein; 2) der Schlamm muss geruchlos sein; 3) der Schlamm darf keine hautreizenden Stoffe enthalten; 4) bei der Anwendung muss der Schlamm genügend durchgekocht sein.

5. Prof. Dr. C. Dehio spricht: **„Ueber Blutveränderungen bei verschiedenen Formen der Anämie“.** (Der Vortrag wird in extenso in der St. Petersburger med. Wochenschrift erscheinen).

Prof. Dr. Unverricht bemerkt, dass er auf Grund seiner Erfahrungen dem Satze Dehio's nicht unbedingt beistimmen könne, dass überall, wo der Indicatio vitalis durch Abtreibung des Bandwurmes genügt werden könne, ein sicherer Erfolg zu erwarten sei. In einem Falle sah U. bei einem Pat., der andauernd Eier im Stuhle hatte, durch wiederholte Curen keine Proglottiden abgehen; der Pat. starb, bei der Section fand sich kein Bandwurm. Eine zweite Pat., welche 6 Wochen lang nie Eier im Stuhl gezeigt hatte, ging an Anämie zu Grunde. Bei der Section zeigte sich nur ein sich wenig bewegender Botriocephaluskopf.

In einem dritten Falle verschlechterte sich das Befinden der Pat. nach der Abtreibung einer grossen Anzahl von Würmern so sehr, dass von den behandelnden Aerzten die Hoffnung auf Genesung aufgegeben wurde. Erst Ernährung mit der Schlundsonde und subcutane Eiseninjectionen besserten den Zustand.

Wenn also ein Zusammenhang zwischen Anämie und Botriocephalus besteht, so kann man doch nicht sagen, dass in allen Fällen die Erscheinungen der Anämie auftreten und verschwinden ganz gleichzeitig mit der Einwanderung und Ausstossung des Wurmes.

Prof. Dehio betont, dass die fünf von ihm näher untersuchten Fälle ein abschliessendes Urtheil über die therapeutischen Erfolge der Bandwurmcur nicht erlauben, dass aber in den Fällen, wo es ihm gelang, den Bandwurm abzutreiben, die Patienten genasen, in dem Falle, wo solches nicht gelang, der Kranke starb. — Die von Prof. Unverricht angeführte Beobachtung, dass sich trotz des intra vitam constatirten Vorhandenseins von Botriocephaleneiern in den Fäces, kein Bandwurm bei der Section nachweisen liess, ist schon mehrfach und auch vom Referenten gemacht worden.

Dr. Krüger-Dorpat: Das Fleischl'sche Hämometer ist für die exacte Forschung als unbrauchbar zu betrachten, da die Fehler mit steigender Verdünnung des Blutes schwanken und in der Regel grösser werden (bis 23,7%).

Zur Methode der Zählung der rothen und weissen Blutkörperchen ist zu bemerken, dass sie durch Erkenntniss des Verhältnisses derselben zu einander noch keinen Aufschluss giebt darüber, ob thatsächlich im circulirenden Blute eine Aenderung in der Zahl der weissen Blutkörperchen vorhanden sei, oder ob sie nur scheinbar sei, hervorgerufen durch Veränderungen in der Spaltbarkeit der Leukocythen einerseits, oder der Spaltungsfähigkeit des Protoplasma andererseits.

Bei der perniciösen Anämie lässt sich durch Blutkörperchenzählung und Hämoglobinbestimmung nicht mit Sicherheit feststellen, ob die scheinbar normalen Blutkörperchen eine Aenderung in ihrem Hämoglobingehalt erlitten haben, da auch die Poikilo- und Mikrocythen mitgefällt werden.

Prof. Dehio antwortet hierauf, dass der Fehler, den das Fleischl'sche Hämometer ergiebt, ein constanter ist und leicht festgestellt werden kann, und dass er denselben in seinen Untersuchungen stets corrigirt hat.

Die Blutkörperchenzählungen sind, mit dem Thoma-Zeissschen Apparate ausgeführt, für klinische Zwecke genügend zuverlässig; darin stimmen alle Autoren, die sich mit solchen Untersuchungen befasst haben, überein. Das Vorhandensein von kleinsten rothen Blutkörperbröckelchen bei der perniciösen Anämie stört das Resultat der Untersuchung nicht, da dieselben relativ sehr wenig zahlreich und sehr klein sind.

6. Prof. Unverricht spricht: **„Ueber acute Polymyositis“.**

U. lenkt die Aufmerksamkeit auf eine Affection, welche erst im Jahre 1887 bekannt wurde. Er selbst hat seine Beobachtung schon 1880 gemacht, aber erst 1887 veröffentlicht, gleichzeitig mit Wagner und Hepp, welche ähnliche Fälle mittheilten. In seinem eigenen Falle handelte es sich um einen 24-jährigen Steinsetzer, welcher mit rheumatoiden Beschwerden in's Krankenhaus kam. Hier stellte sich bald unter Fieber eine ödematöse Schwellung der Extremitäten, des Gesichts und später des Rumpfes ein. Die geschwollenen Theile waren im höchsten Grade druckempfindlich. Im Gesicht zeigte sich ausserdem ein Urticaria ähnlicher Ausschlag. Der Process griff dann auf die Schlingmuskulatur über, so dass Pat. nichts mehr geniessen konnte und schliesslich wurde auch die Thoraxmuskulatur befallen. Pat. ging dann schnell suffocatorisch zu Grunde.

Man dachte an Trichinose, aber weder an einem intra vitam excidirten Muskelstückchen, noch an unzähligen post mortem gewonnenen Präparaten konnten Trichinen nachgewiesen werden. Auch das Fehlen von gastrischen Erscheinungen und das Freibleiben der Augenmuskulatur und des Zwerchfelles sprach gegen Trichinose. U. veröffentlichte deshalb den Fall als Polymyositis acuta progressiva, während Hepp für seine ganz analoge Beobachtung die Bezeichnung Pseudotrichinose wählte.

U. ist der Meinung, dass es sich um ein eigenartiges Krankheitsbild auf infectiöser Basis handelt. Dasselbe charakterisirt sich durch *entzündliches Oedem der Haut, Entzündung der willkürlichen Muskulatur mit Ausschluss der Augenmuskeln, der Zunge und des Zwerchfelles, Fieber, Milzschwellung und Urticaria-ähnliche Ausschläge.* — Dass solche Fälle in Heilung übergehen können, wird durch eine Beobachtung aus Fürbringer's Abtheilung von Plehn bewiesen.

U. hat im letzten Jahre Gelegenheit gehabt auch in Dorpat einen hierher gehörigen Fall zu beobachten. Es handelte sich um eine Gravida, welche mit Fieber, einem verbreiteten prallen Oedem ohne Albuminurie und mit einem Urticaria-ähnlichen Ausschlag am Stamme in die Dorpater Klinik kam. In diesem Falle traten die Erscheinungen von Seiten der Haut so stark in den Vordergrund, dass es vielleicht zweckmässiger ist von Dermatomyositis zu sprechen. Der Fall ging in Heilung über. Mehrere Monate nach der Entbindung war das Oedem der Haut vollkommen geschwunden, aber eine Empfindlichkeit der Muskulatur zurückgeblieben. Die Deltoïdei und Infraspinati zeigten ausserdem eine geringe Abmagerung, aber die elektrische Erregbarkeit war normal.

Pfeiffer hat ähnliche Affectionen des Muskelfleisches und der Haut bei Thieren in Folge von Einwanderung von Gregarinen beschrieben und auch die Präparate U.'s auf Gregarinen, aber mit negativem Resultate untersucht. Dennoch ist es nicht unmöglich, dass die Affection durch die Gregarinen erzeugt wird, dass es sich um eine Dermatomyositis gregarinosa handelt.

7. Dr. W. v. Kieseritzki spricht: **„Ueber seltene Complication beim Abdominaltyphus“.** (Der Vortrag wird in der St. Petersb. Med. Wochenschrift veröffentlicht werden).

Die Wassili-Ostrow'sche
Privatheilanstalt für Frauenkrankheiten.

(Wass.-Ostr., Universitäts-Quai № 25, Qu. 3).

Am Sonntag den 30. Sept., um 1 Uhr Mittags, fand in Anwesenheit eines freundlichst hierzu geladenen, zum grössten Theile aus Collegen bestehenden Publicums die feierliche Einweihung der neuen Räume der gegenwärtig den Herren DDr. Lieven, Wiedemann, Renteln, Werther und Frantzen gehörigen Anstalt statt. Die Feier begann mit einem Gottesdienste nach dem Ritus der griechisch-orthodoxen Kirche. Hierauf ergriff Herr Dr. Wiedemann das Wort, um in kurzer Rede den versammelten Freunden und Collegen die Ziele und Aufgaben der vor bald 5 Jahren gegründeten Anstalt darzulegen und über die bisherige Wirksamkeit derselben zu berichten. Nachdem zum Schlusse Herr Pastor Hasenjäger eine Andacht gehalten, wurden die neuen, durchaus zweckentsprechenden, zunächst für 8 Kranke eingerichteten Anstaltsräume, darunter auch das vorzüglich ausgestattete Operationszimmer, besichtigt. Dann wurden die zahlreichen Gäste auf das liebenswürdigste bewirthet und blieben dieselben noch lange in gemüthlichem Kreise beisammen.

Dem Berichte des Herrn Dr. Wiedemann über die Geschichte und die Thätigkeit der Anstalt entnehmen wir in Kürze Folgendes: Im December 1885 traten die Herren DDr. Wiedemann, Renteln, Stoll und Ssalmanow zur Gründung einer frauenärztlichen Privatklinik zusammen; sie mietheten 3 Zimmer mit 4 Krankenbetten in einem Chambre-garnie bei einer Hebamme, welche auch die Verpflegung der Kranken gratis übernahm. Schon nach 1½ Jahren aber erwies es sich als dringend wünschenswerth, eine eigene grössere Wohnung zu miethen und wurde eine solche in der Basskowa-Strasse bezogen. Zum Bedauern der zurückbleibenden Gründer des jungen Unternehmens waren bald darauf die Herren Stoll und Ssalmanow genöthigt aus demselben auszuscheiden. Als dann die Herren Lieven, Werther und Frantzen der Anstalt beitraten, wurde wiederum eine neue Wohnung — in der Snamenskaja Strasse — bezogen. Vor Kurzem endlich erfolgte die Uebersiedelung nach Wassili-Ostrow. Wir wünschen der Privatklinik der verehrten Herren Collegen, dass sie diesmal eine bleibende Stätte gefunden haben und in den neuen Räumen eine weitere segensreiche und fruchtbringende Thätigkeit entfalten möge!

Auch möchten wir nicht unterlassen, an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass diese Klinik dem Interesse vieler Collegen durch die dankenswerthe Bestimmung entgegenkommt, nach welcher jeder Arzt in derselben operativ-gynäkologische Kranke unterbringen und selbst operiren kann.

Zum Schlusse geben wir einige Daten über die bisher in der Klinik ausgeführten Operationen:

Abgesehen von therapeutisch-gynäkologischen Fällen wurden 268 chirurgisch behandelt.

Kleine Operationen am Uterus, als Abrasio, Discisio, Ablatio polyp., Excisio, Amputatio colli uteri etc. 177 Fälle. — Abortus arteficialis wegen Hyperemesis gravidarum, absoluter Beckenenge und Hydatidenmole 8 Fälle (nach der von Dr. Wiedemann in dieser Wochenschrift beschriebenen Methode). — Amputatio colli uteri supravaginalis 2 Fälle. — Kleinere Operationen an der Vagina, als Entfernung von Atheromen, Cysten etc. 7 Fälle. — Colpoperineoraphien 51 Fälle. — Fistula recto-vaginalis und uretro-vaginalis je 1 Fall. — Colpotomia wegen Haematom des Lig.



latum dextri 1 Fall. — Hämatocolpos in Folge von Atresia vaginalis aquisita, Bildung einer neuen Vagina 1 Fall. Patientin hat darauf wieder concipirt und ist im Juni 1890 gut niedergekommen. — Laparotomien 10 Fälle; davon 4 Ovariotomien, eine Ovariotomia duplex, eine Ovariotomie, complicirt mit Exstirpation eines Fibroms des Uterus, zwei Myomotomien und zwei Castrationen. — Exstirpatio uteri vaginalis 4 Fälle. — Andere nicht gynäkologische chirurgische Operationen 5 Fälle.

Von allen diesen Patientinnen ist nur eine gestorben nach einer Ovariotomie. Sie starb am 13. Tage an einer Pneumonia duplex, wahrscheinlich metastatischen Ursprunges.

Professor Dr. Alfred Vogel †.

Am heutigen Tage durcheilte die Nachricht vom Ableben Alfred Vogel's, früheren Professors der hiesigen Universität, unsere Stadt und rief in uns Allen, die wir „den alten Vogel" als Kliniker in Dorpat thätig gesehen haben, die Erinnerung an ihn von Neuem wach. Eine grosse Zahl der Leser dieser Wochenschrift gehört in die Reihe der Schüler, welche Vogel in Dorpat erzogen hat; sie Alle bewahren ihm ein dankbares Andenken.

Alfred Vogel, Sohn des ehemaligen Professors der Chemie August Vogel, ist im Jahre 1828 in München geboren, woselbst er auch seinen medicinischen Studiencursus absolvirt hat. Darnach besuchte er die Universitäten Berlin und Würzburg, um sich daselbst unter Schönlein und Virchow weiter auszubilden. Nach München zurückgekehrt, trat er als Assistenzarzt in das Hauner'sche Kinderhospital und, nachdem er diese Stelle 1½ Jahre bekleidet hatte, im Jahre 1853 als Assistent in die Pfeufer'sche Klinik ein, welche Stelle er bis zu seiner Habilitation als Docent im Jahre 1856 beibehielt. Von nun an hielt er in München Vorlesungen über Kinderkrankheiten, Unterleibskrankheiten und physikalische Diagnostik. Im Jahre 1863 wurde er von der Münchener med. Facultät zum dirigirenden Arzt der Kinderabtheilung des Reisingerianum, einer noch jetzt bestehenden und mit der Universität verbundenen grossartigen Poliklinik, ernannt, in welcher er Gelegenheit hatte über 3000 Kinder jährlich zu behandeln. Hier bot sich ihm das Material, durch dessen Studium er sich zu einem der besten Kinderärzte seiner Zeit ausgebildet hat, und hier sammelte er die Erfahrungen, die er in seinem allbekannten Lehrbuch der Kinderkrankheiten niedergelegt hat. „Die Frische und Gegenständlichkeit der Darstellung, die scharfeinschneidende Subjectivität des Urtheils, der Muth und die Kraft eigener Meinung in jeder Frage", das sind die Vorzüge dieses Buches, durch welche dasselbe zu einem der vielgelesensten der gesammten medicinischen Literatur geworden ist. Hat es doch auch ohne die neuerdings erschienene treffliche Biedert'sche Bearbeitung, in der Zeit von 1860 bis 1885 acht Auflagen und die Uebersetzung in die sechs Hauptsprachen des civilisirten Europa erlebt.

Ausser seiner Dissertationsschrift über Rhachitis und seiner Habilitationsabhandlung über den Typhus, welch' letztere als Monographie in zwei Auflagen erschien, hat Vogel während seines Münchener Aufenthaltes noch Arbeiten über die Liebig-sche Methode der Harnstoffbestimmung und über den Soor, beide in Henle's und Pfeufer's Zeitschrift für rationelle Medicin, veröffentlicht und seine bekannte Methode der Milchprüfung als Broschüre (Eine neue Milchprobe. F. Enke 1862) erscheinen lassen.

Als Mensch und als vielbeschäftigter Arzt hochgeachtet und bei seinen Zuhörern wegen seiner anregenden, durch Klarheit und abgerundete Kürze ausgezeichneten Vorträge beliebt, ist Vogel bis zum Ende des Jahres 1865 in seiner Vaterstadt thätig gewesen. In Dorpat war mittlerweile durch den Tod Wachsmuth's das eine Katheder für specielle Pathologie und Klinik frei geworden und die medicinische Facultät, wie das Conseil glaubten keinen würdigeren Vertreter dieser Disciplin finden zu können, als Vogel. So fiel auf ihn die Wahl und Vogel folgte dem Rufe. Im Januar 1866 begann er seine Lehrthätigkeit in Dorpat, welche er bis zum Ende des I. Semesters 1886 fortgesetzt hat.

Gemeinsam mit Weyrich, Schultzen, Naunyn und F. A. Hoffmann hat Vogel in dieser Zeit abwechselnd die medicinische Klinik und die Poliklinik nebst der Universitätsabtheilung des hiesigen Stadthospitals verwaltet.

Als treuer Lehrer suchte er seinen Schülern vor Allem eine sachliche und vorurtheilsfreie Beobachtungsweise am Krankenbett beizubringen. Selbst abhold allem pedantischen Grübeln über Dinge und Fragen, denen kein grösseres theoretisches Interesse oder keine praktische Bedeutung innewohnte, lehrte er auch seine klinischen Praktikanten stets die Hauptsachen von Nebensächlichkeiten zu unterscheiden und sich die Krankheitsbilder in ihren charakteristischen Hauptzügen einprägen. Dementsprechend war sein Vortrag einfach, klar, manchmal fast bis zur Nüchternheit schmucklos, aber stets auf das praktisch Wichtige gerichtet. Seine Diagnosen waren mit äusserster Vorsicht und Sachlichkeit gestellt und oft von überraschendem Scharfblick. Seiner diagnostischen Sicherheit verdankt Vogel hauptsächlich auch den Ruf, welchen er unter den praktischen Aerzten Livlands als gern und viel benutzter Consultant besass. Den Kranken wusste Vogel durch die schlichte, ruhige Art seiner Untersuchung und durch die Sicherheit seiner Verordnungen bedingungsloses Vertrauen einzuflössen; seinen Assistenten und dem Wartepersonal der Klinik war er ein liberaler Chef, den Examinanden gegenüber ein freundlicher und unparteiischer Richter.

In der Poliklinik hat Vogel, seiner alten Neigung für Kinderkrankheiten folgend, sich vielfach den Dank seiner Praktikanten dadurch erworben, dass er ihnen eine Menge praktischer Winke und Erfahrungen in Bezug auf Untersuchung und Behandlung kranker Kinder zu Theil werden liess, welche bei den engen und beschränkten Verhältnissen unserer therapeutischen Klinik in letzterer nur wenig berücksichtigt werden konnten.

In seinem Hause lebte unter dem Walten seiner Frau eine angeregte und durch musikalisches Interesse verschönte und gehobene Geselligkeit. Frau Vogel, selbst Künstlerin, und activ musikalisch thätig, hat in so manchem Dorpater Musensohn musikalisches Interesse zu wecken gewusst und manchem Talente durch selbstlose Unterweisung zur Entfaltung verholfen.

Durch die praktische klinische Thätigkeit vollauf in Anspruch genommen, hat Vogel, abgesehen von den Ergänzungen und Verbesserungen, die sein in immer neuen Auflagen erscheinendes Lehrbuch für Kinderkrankheiten erforderte, nicht viel grössere Arbeiten mehr veröffentlicht. Erwähnung verdient jedoch seine Bearbeitung der Krankheiten der Mundhöhle im grossen Ziemssen'schen Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, sowie ein Aufsatz über Myelitis chronica hypertrophica (Deutsch. Arch. für klin. Med, 1879) und die von ihm in Dorpat ersonnene und auch jetzt noch nicht vergessene „Optische Methode der Eiweissbestimmung im Harn", welche er in der Zeitschrift für analytische Chemie Bd. 7 beschrieben hat.

In den letzten Jahren klagte Vogel vielfach über Ermüdung und Abspannung, welche ihm seine Thätigkeit erschwerten; und obgleich er noch nicht in sehr vorgerücktem Alter stand, glaubte er doch nach dem Schlusse seines 20. Dienstjahres seinen Posten jüngeren Kräften abtreten zu sollen. Im Mai 1886 verliess er Dorpat für immer, geleitet von einer grossen Zahl treuer Freunde und Verehrer, die ihn mit herzlichem Bedauern scheiden sahen. Vier Jahre eines sorgenfreien Alters cum otio et dignitate sind ihm noch beschieden gewesen; er hat sie in seiner Vaterstadt und des Sommers an den reizenden Gestaden des Starnberger Sees verbracht. Das Reisingerianum, wo er als junger Docent seine Laufbahn begann, hat ihm im Jahre 1886 wieder seine Thore geöffnet. So hat Vogel in seinen letzten Lebensjahren als Professor honorarius für Kinderheilkunde eine anregende und ihn nicht angreifende Lehrthätigkeit in denselben Räumen entfaltet, welche ihn einst als jungen Mann nach Dorpat entliessen. Ein qualvolles Herzleiden setzte seinem Leben das Ziel.

Dorpat hat in ihm wiederum einen Mann der alten guten Zeit verloren. Friede seiner Asche!

Dorpat, 28. Sept. 1890. Dehio.

Vermischtes.

— Die *«Gesellschaft russischer Aerzte»* in St. Petersburg hat in ihrer am 12. September stattgehabten Jahresversammlung in den Bestand ihres Bureaus folgende Personen gewählt: Zum Vorsitzenden — Prof. N. Iwanowski, zum Secretär — Docent Dr. W. Ssirotinin, zum Redacteur der Arbeiten (Труды) der Gesellschaft — Docent Dr. M. Janowski, zum Cassirer — Dr. W. Pokrowski und zum Bibliothekar — Dr. D. Popow. Die Wahl des Vicepräsidenten kam nicht zu Stande, da keiner der Candidaten ⅔ der Wahlstimmen, wie die Statuten verlangen, erhielt, (Wr.).

— Mit der Leitung der durch den Rücktritt Prof. Koschlakow's erledigten therapeutischen Hospitalklinik der militär-medicinischen Academie ist dessen bisheriger Assistent Privatdocent Dr. G. A. Smirnow betraut worden.

— Der Prosector und Privatdocent der Kasan'schen Universität Dr. N. W. Petrow hat sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie ohne die sonst üblichen Probevorlesungen als Privatdocent für pathologische Anatomie an der genannten Academie habilitirt.

— *Verstorben:* 1) Am 19. September in St. Petersburg der jüngere Ordinator des Abas-Tumanschen Militärhospitals J. Kucharski, 34 J. alt. Nach Absolvirung des Cursus an der militär-medicinischen Academie i. J. 1884 war K. Militärarzt und wurde im Jahre darauf als Bacteriologe mit dem Privatdocenten Dr. Heydenreich zur Erforschung des Pendhe-Geschwürs nach Murgab abcommandirt. In der letzten Zeit hielt er sich in St. Petersburg auf, wo er an seiner Doctor-Dissertation arbeitete. In einem Anfalle von Melancholie vergiftete er sich mit concentrirter Carbolsäure. 2) In Taganrog Dr. Togalowski in hohem Alter. Der Verstorbene gehörte zu den reichsten Landbesitzern dieser Gegend; er soll ein Kapital von beinahe einer Million Rubel hinterlassen haben.

— Die Lösung des Verhältnisses, in welchem Prof. Schweninger zu der Actiengesellschaft, die das Sanatorium in Heidelberg erbaut hat, gestanden, ist, wie die „Frankfurter Ztg." erfährt, seitens der Gesellschft deswegen erfolgt, weil Schw. keine genügende „Anziehungskraft auf Gäste" auszuüben vermochte. Prof. Schweninger soll diese Stellung gegen 15,000 Mark (nämlich 12% der Bruttoeinnahme und 6% vom Weine, der an die Kranken geliefert wurde) eingebracht haben.

— Von der *Universität Dorpat* sind in der Zeit vom 1. Februar bis zum 1. September 1890 im Ganzen 169 Diplome über medicinische Grade und Würden ausgereicht worden und zwar: 1) Ueber die Würde eines Kreisarztes 3. 2) Ueber die Würde eines Doctors der Medicin 24. 3) Ueber den Grad eines Arztes 34. 4) Ueber den Grad eines Magisters der Pharmacie 4. 5) Ueber den Grad eines Provisors 31. 6) Ueber den Grad eines Apothekergehilfen 39. 7) Ueber die Würde eines Dentisten 21. 8) Ueber die Würde einer Hebamme 13.

— In Berlin erscheint im Verlage von *Th. Enslin* vom 1. Oct. d. J. ab eine neue Monatsschrift unter dem Titel *„Zeitschrift für Fleisch- und Milch-Hygiene"*. Redacteur derselben ist der städtische Thierarzt Dr. med. Ostertag in Berlin.

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 23. Sept. a. c. 5626 (89 mehr als in der Vorwoche); darunter 290 Typhus- (20 weniger), 509 Syphilis- (29 mehr), 65 Scharlach- (7 mehr), 9 Masern- (2 weniger), 29 Diphtherie- (6 mehr) und 45 Pockenkranke (6 weniger als in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 16. bis 22. September 1890.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
228	179	407	78	32	75	10	4	11	43	39	22	31	42	14	5	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 6, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 13, Masern 5, Scharlach 19, Diphtherie 14, Croup 1, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 66, Tuberculose anderer Organe 5, Alcoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 33, Marasmus senilis 20, Krankheiten des Verdauungscanals 41, Todtgeborene 24.

☞ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 16. October 1890.

☞ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 22. October 1890.

Bestellungen nimmt entgegen die **Buchhandlung von Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14.

XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Dr. Carl Dehio, Dorpat. Dr. Johannes Krannhals, Riga.

Dr. Theodor von Schröder, St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 41 St. Petersburg, 13. (25.) October 1890

Zur Frage der Indication der operativen Behandlung des runden Magengeschwürs.

(Aus der medicinischen Klinik des Herrn Professor H. Unverricht in Dorpat.)

Ein casuistischer Beitrag

von

Dr. med. W. Nissen, Assistent der Klinik.

Wir befinden uns in einer Zeit, wo der Weg neuer Untersuchungsmethoden in die bisher so schwierig und verwickelt daliegenden Verhältnisse der Magenpathologie Tag um Tag zu mehr Licht und Klarheit führt und auch der inneren Magentherapie ein bestimmteres und dankbareres Wirkungsgebiet eröffnet. Dort aber, wo ihr Vermögen aufhört, wo sie sich Grenzen gesteckt sieht in ihrem Können, da bietet der inneren Medicin ihre Schwesterdisciplin, die Chirurgie, in immer befähigterer Weise hilfreich die Hand, denn unter den edlen inneren Organen, die früher für unantastbar galten, ist ja heutzutage auch der Magen mehr und mehr der Localtherapie des Chirurgen zugängig geworden.

Wir sehen dies an den zahlreichen Resectionen, die mit allerdings bisher nur zweifelhaftem Erfolge ausgeführt wurden, beim Magenkrebs, wir sehen es aber auch an den glücklicheren Resultaten, die mit der operativen Behandlung von Pylorusstenosen und traumatischen Verletzungen des Magens erzielt wurden. Ja in neuerer Zeit ist auch das Ulcus ventriculi simplex ein Angriffspunct für die chirurgische Therapie geworden. Ob und wie weit dieselbe sich hier als eine wirklich radicale erweist, hat die Erfahrung allerdings noch nicht genügend an den Tag gelegt, sind doch auch die Acten über das Wesen und die Aetiologie des Ulcus rotundum simplex noch nicht als abgeschlossen zu betrachten, und andererseits die Beobachtungszeit der bisher glücklich operirten Fälle immerhin noch nicht lang genug.

Wir wissen ja vorderhand nur im Allgemeinen von der Aetiologie der Magengeschwüre, dass neben einer dauernden oder vorübergehenden «Disposition, welche» — wie Ewald[1]) sich ausdrückt — «in einem krankhaften Missverhältniss zwischen der Beschaffenheit des Magensaftes und des Blutes liegt» bei Zuständen von Anämie, Chlorose und Ernährungsstörungen, vor Allem auch noch locale Momente eine Hauptrolle spielen. Diese sind entweder in Form verschiedenerlei Gelegenheitsursachen gegeben, als traumatische oder thermische Reize auf die Magenschleimhaut, oder sie bestehen in atheromatösen, amyloiden und aneurysmatischen Veränderungen in den Magengefässen, welche grössere oder kleinere Bezirke der Magenwand aus der Circulation theilweise resp. ganz ausschalten, sie jener bedingungsweise ätzenden Einwirkung des Magensaftes preisgeben und so den Grund zur Geschwürsbildung legen, welche um so progredienter verläuft, je mehr die eine oder die andere grundlegende Anomalie dabei ins Gewicht fällt, andererseits aber auch mit Beseitigung dieser einer Heilung fähig ist.

Mit diesen unseren bisherigen Kenntnissen von dem Wesen des Ulcus ventriculi simplex, dessen jedesmaliges ursächliches Moment sich am Lebenden nicht einmal immer scharf genug bestimmen lässt, sind aber dem operativen Vorgehen gegen ein gewöhnliches Magengeschwür im Allgemeinen gewisse nicht unerhebliche Schranken gezogen, welche meiner Ansicht nach nur dort zu bestehen aufhören, wo andere schwerwiegendere Momente, wie starke consecutive Narbenbildungen, unstillbare Blutungen aus einem Magengeschwür, sowie Perforation hinzutreten — Umstände, die direct das Leben in Gefahr bringen.

Während nun solche Fälle ein operatives Eingreifen nothwendiger Weise erheischen, fällt der inneren Medicin dabei die wichtige und schwere Aufgabe zu, die Diagnose und Indication des einzelnen Falles klarzustellen und den Patienten zur rechten Zeit dem Chirurgen zur Operation zu übergeben.

Einen Fall, der nach dieser Richtung von Interesse ist, hatte ich Gelegenheit im Sem. II. 1889 auf der hiesigen medicinischen Klinik zu beobachten, und erlaube ich mir auf denselben genauer einzugehen, nachdem mein Chef, Herr Professor Unverricht, die Freundlichkeit hatte, mir in liebenswürdigster Weise die Veröffentlichung desselben zu überlassen.

Jaan Maddisson, 46 a. n., verheirathet, kinderlos, stammt aus gesunder Familie und ist bis zum Jahre 1887 ganz gesund gewesen. Seine Eltern sind gestorben und weiss Patient über die Todesursache derselben nichts anzugeben. Seine 4 Geschwister erfreuen sich einer guten Gesundheit.

[1]) Klinik der Verdauungskrankheiten: II. Die Krankheiten des Magens. Berlin 1890.



Im Juli 1887 begann sein gegenwärtiges Leiden. Er erkrankte damals ziemlich plötzlich mit Schmerzen in der Herzgrube und Ausstrahlung derselben auf Brust und Rücken. Abends zuvor hätte er den Magen mit reichlichen, schwer verdaulichen Speisen überladen und ausserdem am betreffenden Tage selbst ein Glas verschalten sauren Bieres getrunken. Gleich darauf seien furchtbare Schmerzen aufgetreten, die so hochgradig waren, dass sie ihn unfähig machten allein nach Hause zu gelangen. Dabei empfand er auch Uebelkeit und erbrach bald dunkelbraune Massen, worauf einige Erleichterung der Schmerzen eintrat. Nach dem Anfall habe er einige Tage zu Bett gelegen, weil die Schmerzen in der Ruhe geringer gewesen seien, ebenso die Beängstigungen, die ihn namenlos quälten. Zu alledem sei noch saures Aufstossen und Sodbrennen hinzugekommen, ferner Appetitmangel, starker Durst und Herzklopfen. Nach einigen Tagen der Ruhe habe er das Bett verlassen können und sich für genesen gehalten. Seiner schweren Arbeit als Locomotivheizer konnte er jedoch seines immerhin nur leidlichen Zustandes wegen nicht mehr in gewohnter Weise nachgehen. Er wurde infolge dessen Bahnwärter. Aber auch der Beschäftigungswechsel beseitigte nicht die Krankheit, denn zeitweise habe dieselbe Exacerbationen gemacht, ganz besonders nach Excessen im Essen und Trinken. Es seien dann Schmerzen und Erbrechen eingetreten — meist einige Stunden nach der Mahlzeit. Im Erbrochenen will er gewöhnlich unverdaute Speisereste bemerkt haben. Nur ein Mal sei das Erbrochene chokoladenbraun gewesen, flüssig, mit kleinen, braunen, krümligen Massen untermischt. Der Stuhl sei, soweit Pat. ihn beobachtet, gewöhnlich dünnflüssig gewesen — niemals von schwarzer Farbe. Dieser einigermaassen leidliche Zustand dauerte bis zum Januar 1888. Darauf sei Pat. vollständig genesen, so dass er sich wieder der früheren einträglicheren Beschäftigung als Heizer habe hingeben können.

Im October desselben Jahres sei er dann wieder ganz plötzlich erkrankt und zwar unter denselben Erscheinungen wie das erste Mal: äusserst heftige Schmerzen in der Magengegend, Erbrechen, furchtbare Beängstigungen und Herzklopfen. Bettruhe schaffte wiederum einige Milderung. Im Erbrochenen sollen auch jetzt nur ein Mal kaffeebraune krümlige Massen vorhanden gewesen sein. Meist bestanden die Schmerzen nur Tags über, wobei sie nach der Mahlzeit immer ihren Höhepunct erreichten, um dann nach etwaigem Erbrechen nachzulassen. Des Nachts vergingen sie. So habe er sich 14 Tage lang zu Hause gequält, worauf er sich genöthigt sah in die hiesige medicinische Klinik einzutreten. Hierselbst wurde er 3 Wochen lang unter der Diagnose Magengeschwür behandelt und als gebessert entlassen.

Im Februar 1889 erkrankte Pat. darauf wiederum, wie zuvor, mit sehr starken Magenschmerzen — besonders nach den Mahlzeiten, welche er meist dunkelbraun gefärbt wieder erbrach. Bis zum Mai musste er häufig das Bett hüten.

Den Sommer über soll er sich dann ganz wohl gefühlt haben, bis er Mitte August desselben Jahres abermals erkrankte; diesmal schwerer als je zuvor. 10 Tage lang war Pat. vollständig an das Bett gebunden, alles, was er ass und trank, wurde bald in schwarzen Massen erbrochen. Der Stuhl war 12 Tage hindurch angehalten, dann erfolgten infolge von Karlsbader Salz mehrere «theerschwarze“ Stühle. Ein grosses Schwächegefühl hatte sich des Pat. bemächtigt, so dass er am 28. August 1889 zum 2. Mal die Hilfe der medicinischen Klinik in Anspruch nahm und in den Krankenbestand derselben Aufnahme fand.

Die Untersuchung des Kranken ergab Folgendes: Mittelgrosser Mann von kräftigem Knochenbau, mit etwas schlaffer Muskulatur und reducirtem Panniculus adiposus. Die Haut ist etwas welk und auffallend blass, ebenso wie auch die sichtbaren Schleimhäute. Die Extremitäten und die Nasenspitze fühlen sich kühl an. Das blasse, ein wenig eingefallene Gesicht zeigt einen gramerfüllten, vielleicht schmerzhaften Ausdruck. Pat. nimmt zumeist die ruhige Bettlage ein.

Der Thorax ist von normalem Bau, die Supraclaviculargegend auf beiden Seiten etwas eingesunken. Athmung costoabdominal 16 p. M. Die Lungengrenzen reichen vorn rechts in der Mammillarlinie bis zum unteren Rande der VI. Rippe, hinten beiderseits bis zum Proc. spinos. des XI. Brustwirbels. Die Lungen sind frei.

Die Herzdämpfung ist etwas verkleinert, der Herzstoss nicht sichtbar und nicht fühlbar, die Herztöne sind schwach vernehmbar, jedoch rein. Der Puls ist verlangsamt, 46—52 p. M.

Das Abdomen zeigt ausser einer leichten Pulsatio epigastrica von der Aorta her nichts Abnormes. Die Magengegend ist nicht vorgewölbt. Bei der Palpation erweist sich keinerlei Resistenz, auch kein Plätschern — es besteht nur eine gewisse, mehr diffuse Druckempfindlichkeit im Epigastrium. Durch Percussion lässt sich der Magen nicht abgrenzen. Das Abdomen ist sonst frei. Leber und Milz in normalen Verhältnissen.

Pat. ist fieberfrei. Der Stuhl ist flüssig — 4—5 Mal täglich, theerschwarz gefärbt. In demselben lassen sich deutlich Häminkrystalle nachweisen. Die Digitaluntersuchung des Rectums ergiebt nichts Abnormes. Der Harn ist saturirt, spec. Gew. 1032, Reaction sauer, enthält Indican, kein Eiweiss. Die Lymphdrüsen sind nicht geschwellt.

Der Kranke klagt über Appetitlosigkeit. Er hat aber sonst keine spontanen Magenschmerzen, kein Erbrechen, kein Aufstossen.

Pat. wird auf Ruhecur und Milchdiät gesetzt. Medicat.: Mucilago Salep und Opium.

29. Aug. Die schwarzen Stühle bestehen fort — 4—5 Mal tägl. (Häminkrystalle).

30. Aug. Pat. fühlt sich besser, hat etwas mehr Appetit. Stuhl noch recht dunkel.

1. Nov. Im Stuhl ist kein Blut mehr.

9. Nov. Nach einer Zeit relativen Wohlbefindens treten lebhafte Diarrhoen und Schmerzen in der Magengegend ein. Letztere nehmen allmälig an Intensität zu.

10. Nov. Die Schmerzen haben in ruhiger Lage nachgelassen, stellen sich jedoch bei der geringsten Bewegung und bei Nahrungsaufnahme wieder ein. Leichte Auftreibung des Leibes. Temp. Abends 37,3. Medicat.: Opium, Compressen, zur Nacht Morphium subcutan.

12. Nov. Fortdauernde Schmerzen im Epigastrium. Abends sehr heftiges Erbrechen von flüssigen Speisemassen. Temp. 36,9.

13. Nov. Stat. idem. Erneutes Erbrechen. Temp. 37,0.

14. Nov. Das Erbrechen hat sich auch Nachts wiederholt, sowie heute Morgen. Das Abdomen — besonders in der unteren Bauchgegend — ist gleichmässig aufgetrieben; leichte Pulsatio epigastrica von der Aorta herrührend, welche deutlich fühlbar ist. Knoten sind im Abdomen nicht palpabel. In den abhängigen Partien desselben ein deutliches Fluctuationsgefühl. Das Abdomen ist nicht schmerzhaft und nur mässig gespannt. Bei der Percussion zeigt die ganze vordere Bauchwand gleichmässigen, tief tympanitischen Schall, der an der rechten Thoraxhälfte im VI. Intercostalraum in normalen Lungenschall übergeht. Die Leberdämpfung ist geschwunden. In den abhängigen Partien oberhalb der Symphyse, in der linken Lumbalgegend und in dem linken Hypochondrium besteht Dämpfung und bei Lageänderung Schallwechsel. Metallklang ist auch bei der Stäbchenplessimeter-Percussion nirgends im Abdomen zu constatiren. Es besteht etwas succussio Hippocratis, ebenfalls ohne metallischen Beiklang.

Das Sensorium ist vollständig frei, Temp. normal (Abends 37,5), Athmung verlangsamt — vorwiegend costal. Puls von keinem abnormen Verhalten.

Pat. empfindet starkes, schmerzhaftes Spannungsgefühl im Abdomen. Er nimmt die ruhige passive Rückenlage ein. Gesicht und Körper sind marmorweiss, der etwas schmerzliche Gesichtsausdruck zeigt ergebene Ruhe.

Es ist ein durchaus typisches Krankheitsbild, das uns theils der intelligente Pat. selbst geschildert, theils die Hospitalbeobachtung bietet.

Der Mann ist in den 40-er Jahren, den Beginn seines Leidens vermag er genau zu fixiren — es trat vor 2 Jahren ohne aequivalente Ursache plötzlich und unter stürmischen Erscheinungen auf mit hochgradigen Schmerzen in dem Epigastrium und Ausstrahlung derselben auf Brust und Rücken. Dem schloss sich Uebelkeit und hernach Erbrechen dunkelgefärbter Massen an unter namenloser Beängstigung und starkem Herzklopfen. Appetitmangel, saures Aufstossen und Sodbrennen, sowie starker Durst gesellten sich noch hinzu und vervollständigten so das obige Bild. Alsdann trat ein allmäliger Uebergang zu einem leidlichen Zustand ein, bis etwa um 1 Jahr (October 1888) wieder eine neue Attaque in obigem Sinne sich geltend machte. Wiederum folgte eine Ruhepause von mehreren Monaten, — darauf im Februar 1889 und schliesslich im August 1889 erneutes Kranksein — jedesmal unter denselben Erscheinungen. Die Folgen des letzten Anfalles sind noch nicht ganz verwischt als Pat. 14 Tage später die Klinik betritt. Es besteht zwar kein Erbrechen von schwarzen Massen mehr, kein starker spontaner Schmerz in der Magengegend, auch kein saures Aufstossen, wohl aber trotz des relativ guten Ernährungszustandes grosse Schwäche, hochgradige Anämie und einige Tage hindurch noch schwarzer Stuhl mit nachweisbarem Blutgehalt. Das Epigastrium ist diffus druckempfindlich, eine Vergrösserung des Magens lässt sich nicht constatiren, eine Resistenz, ein Tumor ist nicht palpabel. Lymphdrüsenschwellung fehlt,

Zu diesem unzweifelhaft deutlichen Bilde eines Ulcus ventriculi mit der von Ewald[1]) bezeichneten «classischen Trias» von Symptomen: — typische Gastralgien, Blutbrechen und Blutabgang, mangelnder Tumor und fehlende Cachexie — gesellt sich nun nach einiger Zeit relativen Wohl-

[1]) l. c.

befindens in der Klinik ein neues, die Situation beherrschendes und die Diagnose bestätigendes Moment hinzu.

Fieberlos beginnt unter zunehmendem Spannungsgefühl eine gleichmässige Auftreibung des Leibes mit Verschwinden der Leberdämpfung und einer deutlichen Flüssigkeitsansammlung in den abhängigen Partien des Abdomens. Bei alledem war das Allgemeinbefinden noch ein relativ befriedigendes, auch Herz und Lunge boten keinerlei Befürchtung.

Die erwähnten Erscheinungen konnten nur einer eingetretenen Perforation mit consecutiver Peritonitis zur Last gelegt werden — einem Ereigniss, das ja bei Ulcus rot., vornehmlich in diesem Alter, relativ häufig eintritt.

Ueber die Art der Perforation, ob dieselbe direct in die Peritonealhöhle oder nach vorhergegangener Verlöthung und ev. Abscessbildung erfolgt war, gab die Sachlage keine Aufklärung, zumal auch nicht einmal genügend Anhaltspuncte dafür vorhanden waren, wo überhaupt das Ulcus sässe.

Dies ist allerdings eine Frage, wie sie oft mit Recht aufgeworfen und namentlich auch in neuerer Zeit von Gerhard[3]) stärker betont worden ist. Geht doch Gerhard sogar so weit, zu postuliren, dass die Diagnose, wenn sie eine sichere sein soll, auch den Sitz des Geschwüres bezeichnen muss. In wieweit das Postulat in dieser Form ein gerechtfertigtes ist, erlaube ich mir hier nicht zu beurtheilen; dass aber die Bestimmung des Sitzes bei einer eventuellen Radicaloperation, wie eine solche bei unserem Patienten ins Auge gefasst wurde, von eminenter Bedeutung ist, wird der vorliegende Fall in seinem weiteren Verlaufe lehren. Gerhard[3]) weist auf eine ganze Summe symptomatischer Eigenschaften des Magenschmerzes hin, welche sich zur Localisation des Ulcus verwenden lassen. So die Abhängigkeit des Schmerzes von der Zeit und Art der aufgenommenen Nahrung — wonach Geschwüre an der Cardia von unmittelbarer Schmerzempfindung beim Essen begleitet sein müssen, solche am Pylorus erst später Schmerz machen. Ferner die Abhängigkeit von der jeweiligen Körperlage, wonach also das Geschwür einmal vom Speisebrei direct schmerzhaft belastet oder in anderer Lage davon entlastet werden kann. Sodann die Uebereinstimmung des spontanen Schmerzes mit der druckempfindlichen Stelle in der Magengegend. Die druckempfindliche Stelle soll häufig fehlen, wenn das Geschwür an der hinteren Wand oder der kleinen Curvatur seinen Sitz hat etc. — Unser Patient hatte nun Schmerzen, deren Höhepunct — meist einige Zeit nach der Mahlzeit — wahrscheinlich mit dem Maximum der Salzsäureabsonderung zusammenfiel. Was seine Körperlage betrifft, so nahm er fast immer nur die Rückenlage ein, in der er sich offenbar am wohlsten fühlte. Daraus hätte sich die Schlussfolgerung ziehen lassen, dass die vordere Magenwand, die Pat. somit vom sauren Speisebrei zu entlasten suchte, das Ulcus trüge; dagegen sprach jedoch wieder das Fehlen von besonderer circumscripter Druckempfindlichkeit hier. Andererseits erwähnt auch Gerhard, dass Rückenschmerz und Blutung mehr für Sitz an der hinteren Wand sprechen. Genug, wir sehen, eine genügende Uebereinstimmung der verwendbaren Symptome lag nicht vor — die Localisirung des Geschwürs und somit auch der Perforationsstelle, sofern nicht mehrere Geschwüre vorlagen, war daher nicht möglich. Uebrigens scheint solche Unmöglichkeit der Erkenntniss des Sitzes mehr oder weniger die Regel zu sein, giebt doch Ewald[4]) an, dass seiner Ueberzeugung und Erfahrung nach nur ein ungewöhnlich günstiges Zusammentreffen von entsprechenden Umständen in obigem Sinne den Sitz eines Ulcus erkennen lasse. «Ich bescheide mich» — sagt er — «und bin zufrieden, wenn ich nur über die unter Umständen recht schwierige Diagnose eines Ulcus sicher bin.»

[3]) Gerhard: Deutsche med. Wochens. 1888, № 18.
[4]) l. c.

Mit der Diagnose Ulcus ventriculi und Perforationsperitonitis war nun aber auch die Prognose für unseren Patienten als eine letale besiegelt, falls nicht durch operativen Eingriff Aenderung der Sachlage geschafft würde. Die innere Therapie steht ja machtlos einer Perforationsperitonitis gegenüber, und nur ein selten glücklicher Zufall lässt unter Umständen ihre hierbei eingeschlagenen Mittel und Wege von Erfolg begleitet sein. Aber auch dann selbst kann «von dauernder Heilung» — wie Ewald hierbei hervorhebt — «nicht die Rede sein, denn durch das im besten Fall eintretende Verwachsen der Därme unter einander kommt es zu chronischem Siechthum und der Tod erfolgt an zunehmender Ernährungsstörung in kurzer Zeit». Und wenn auch das nicht, so ist jedenfalls, wie ich noch hervorheben möchte, der mit der perforirten Magenwand verklebte Organtheil der baldigen verdauenden Einwirkung des Magensaftes keineswegs enthoben, — und über kurz oder lang droht erneute Gefahr.

Mit der Laparotomie zum Zwecke der einfachen Excision des Magengeschwürs oder einer damit verbundenen Pylorusresection oder Pyloroplastik sind uns aber Mittel an die Hand gegeben, das causale Moment ganz zu entfernen, und durch Toilette der Bauchhöhle die bereits bestehende Peritonitis besseren Chancen der Heilung entgegen zu führen.

Es ist das Verdienst von Rydygier[5]) und namentlich von Mikulicz[6]) schon 1885 mit Nachdruck darauf hingewiesen zu haben, dass die Laparotomie bei verschiedenen Magen- und Darmperforationen indicirt ist, und selbst unter den ungünstigsten Bedingungen von Erfolg begleitet sein kann. Ja Mikulicz betont ausdrücklich, dass die Peritonitis an und für sich die Operation nicht contraindicire, letztere sei vielmehr in jedem Stadium der Bauchfellentzündung zulässig, sobald nur der Kräfteverfall des Pat. kein zu hochgradiger ist. Auch selbst die jauchig eitrige Peritonitis vermag, wie der Autor nachweist, nach der Operation auszuheilen.

Was das Material betrifft, auf Grund dessen Mikulicz seine Indication bei Magen- und Darmperforation in obigem Sinne formulirt, so ist dasselbe bis zum Jahre 1885 seiner Publication allerdings noch kein sehr reichliches, doch wenn schon die wenigen günstigen Fälle ihm damals Grundlage genug für die Discussion gaben, so ist diese Indication heutigen Tages eine noch mehr gerechtfertigte.

Von 3 Fällen specieller Magenperforation, die Mikulicz anzuführen im Stande ist, waren 2 traumatischer Natur (Schuss und Stich) und verliefen nach ausgeführter Operation (Tiling[7]), Kocher[8]) in Heilung. Der 3. Fall mit einer Ruptur des Magens starb gleich nach der Operation (Mikulicz l. c.). 3 neue Fälle von Magenverletzung mit Behandlung durch Laparotomie stellt sodann im Jahre 1889 Nemethy[9]) casuistisch zusammen. Zwei derselben (Tansini[10]) und J. A. Black[11]) waren Stichverletzungen und verliefen mit Heilung. Der letzte Fall, von Prof. v. Wahl operirt[12]), war eine Magenschussverletzung und endete letal. Die Montechristokugel hatte nicht nur die vordere Magenwand, deren Oeffnung durch die Naht geschlossen wurde, sondern auch, wie die Section hernach zeigte, die hintere Fläche der grossen Curvatur und das Mesocolon transv. perforirt. Ein anderer Fall, der in obiger Casuistik keine Erwähnung findet, wird von Ch. Bull[13]) mitgetheilt, der an einem 15-jähr. Knaben mit einer Magen-

[5]) Ueber Pylorusresection. Samml. klin. Vorträge № 220.
[6]) Ueber Laparotomie bei Magen- und Darmperforation. Samml. klin. Vorträge.
[7]) St. Petersb. Med. Wochenschr. 1884, № 44.
[8]) Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1883, № 23 und 24; cit. nach Mikulicz.
[9]) Nemethy: Ein Beitrag zur Laparotomie bei Schuss- und Stichwunden des Magens. Inaug.-Diss. Dorpat 1889.
[10]) Tansini } cit. nach Nemethy.
[11]) Black }
[12]) Ibidem.
[13]) Bull Charles: Brit. Med. Journ., Jan. 1888.



stichwunde mehrere Stunden nach der Verletzung die Laparotomie ausführte und die Magenwunde vernähte, mit Ausgang in Heilung. — Von 7 laparotomirten traumatischen Magenwunden sind somit 5 geheilt worden.

Als nicht minder glücklich sind die Resultate zu bezeichnen, die mit typischen Magenresectionen erzielt wurden, wo ein Ulcus ventriculi resp. narbige Strictur des Magens die Indication zur Operation abgab. Im Gegensatz zu den Magenresectionen bei Carcinoma ventriculi, welche älteren Datums sind und schon in den von Rydygier[14]) im Jahre 1882 zusammengestellten Fällen seit der ersten Péanschen Resection (1879) — die Ziffer 21 erreichen, mit 3 Fällen von Heilung, ist die Laparotomie mit der Indication eines Ulcus rot. als eine Errungenschaft der allerneuesten Zeit zu betrachten. Ich möchte hier den grösseren Theil der in der Literatur beschriebenen Fälle kurz zusammenfassen.

Der 1. Fall datirt allerdings schon von 1881, wo Rydygier ein stenosirendes Ulcus rotund. in der Pylorusgegend mit theilweiser Entfernung des Pankreas erfolgreich resecirte. (Beobachtungszeit 7 Monate nach der Operation.

Lauenstein[15]) resecirte wegen einer faustgrossen Geschwulst, die anfangs für Carcinom gehalten wurde, später aber als narbige Verdickungen und Verlöthungen sich herausstellte. Der Tod erfolgte am 7. Tage nach der Operation. 1886 wurde durch Heineke[16]) und Mikulicz[17]), welche unabhängig von einander operirten, ein Verfahren zur Beseitigung von narbigen Stenosen des Pylorus gefunden — durch einfache Längsspaltung der Narbe und darauf folgende Quervereinigung der Wundränder. Beide Autoren hatten es mit complicirten Verhältnissen zu thun. In dem Falle von Heineke fand sich eine nicht unbedeutende Verhärtung der Magenwand und Adhäsionen mit der Umgebung. Das Magengeschwür war in das Pankreas eingedrungen. Der Erfolg der Operation war ein günstiger. Mikulicz's Patientin starb 3 Tage nach der Operation an circumscripter Peritonitis und Erschöpfung: es hatten schon Wochen lang vor der Operation unstillbare Blutungen bestanden aus einem Ulcus rotundum am Pylorus. Die unstillbaren Blutungen hatten auch die Hauptindication zur Operation abgegeben. Die gefundene Pylorusstenose beseitigte Mikulicz genau wie Heineke, ohne dessen Verfahren zu kennen. 3 weitere pyloroplastische Operationen mit günstigem Erfolge führten sodann Bardeleben[18]), Mikulicz[19]) und van der Hoeven[20]) aus wegen reiner Narbenstenose nach Verätzung durch concentrirte Säuren. Die Verhältnisse lagen in diesen Fällen günstig insofern, als nur eine narbige circuläre Strictur der Pylorusschleimhaut vorlag und die übrige Magenwand intact war. Die Indication war durch Gefahr der Inanition und Arbeitsunfähigkeit gegeben. Der Erfolg war in allen 3 Fällen ein vollkommener. Die Pyloroplastik geschah nach Heineke-Mikulicz.

Ein 8. Fall ist dann wiederum von Mikulicz[21]) operirt worden: es handelte sich um ein stenosirendes Ulcus ventriculi mit Narbenbildung und Hypertrophie der Magenwand und durch letztere bedingte Pylorusstenose mit Ectasie des Magens. Die Diagnose war vorher wegen der täuschenden Verhältnisse auf einen Tumor pylori gestellt worden, und unter dieser Indication die Pylorusresection ausgeführt. Der Erfolg war ein vollständiger (Beobachtungszeit 6½ Monate nach der Operation).

Goldenhorn und Kolatschewski[22]) führten eine Pylorusresection an einem 15-jähr. Knaben aus wegen eines stenosirenden Ulcus. In der Gegend des Pylorus war ein fester, ringförmiger, empfindlicher Vorsprung fühlbar. Deutlich peristaltische Bewegungen erstreckten sich vom linken Hypochondrium bis zur Symphyse. Der Verlauf war günstig.

Czerny[23]) berichtet über 3 Pylorectomien. Dieselben wurden wegen gutartiger Stenosen ausgeführt. Die eine endete tödtlich durch Diastase der Naht, während 2 zur Genesung führten.

Die erwähnten 12 Fälle von operativem Eingriff bei Ulcus, resp. narbiger Stenose des Magens weisen nur 3 Mal Ausgang in Tod auf. In den übrigen 9 Fällen trat Heilung ein mit vollständigem functionellem Erfolge, wie die Autoren angeben. Die Beobachtungsdauer nach der Operation beträgt, soweit das bei den einzelnen Fällen hervorgehoben ist, immer mehrere Monate. (Schluss folgt.)

Referate.

Michael (Hamburg): Melanosarcome der Nase und lufthaltige Polypen derselben. (Laryngol. Section des X. internat. Congresses zu Berlin).

Die Seltenheit der melanotischen Geschwülste der Nase veranlasst M. die Krankengeschichten und die Befunde zweier solcher Fälle aus seiner Beobachtung mitzutheilen. Es existiren bisher nur zwei Beschreibungen: eines Melanosarcoms der Nase von Dr. Lincoln in New-York (New-York Med. Journ., Oct. 10, 1885). eine zweite von Dr. Paul Heymann (Tageblatt der Naturforscherversammlung in Wiesbaden 1888).

Fall I. Die ca. 50-jähr. Pat. litt seit 1 Jahre an Verstopfung der linken Nasenhälfte. Seit ½ Jahre befand sie sich in Behandlung des Herrn Dr. Otto Meyer in Hamburg, welcher ihr einige Nasenpolypen entfernt hatte, an denen ihm eine abnorm dunkle Farbe aufgefallen war. Am 23. März 89 übergab er M. die Patientin zur weiteren Behandlung. Beim Einblick in die Nase sah man polypöse Massen, welche dunkler waren als gewöhnliche Polypen und schwarze Einlagerungen zeigten. M. glaubte, dass kleine Hämorrhagien an diesen Verfärbungen schuld seien und entfernte einige dieser Massen mit der Schlinge. Dieselben sahen gewöhnlichen Schleimpolypen ziemlich ähnlich, waren jedoch etwas dunkler und zeigten schwarze Einlagerungen. Als M. nach Entfernung derselben die Nase weiter untersuchte, sah er dieselbe erfüllt mit dunkelblau-schwarzen Massen. Er entfernte dieselben theils mit der Schlinge, dannjedoch mit der Kornzange zugleich mit der mittleren und unteren Muschel, von denen sie ausgegangen waren, da er die Geschwülste für maligne hielt. Er kratzte dann die Stümpfe der Muscheln noch mit der Curette rein und braunte sie schliesslich mit dem Galvanokauter. Die Behandlung hat im Ganzen drei Wochen in Anspruch genommen. M. hat die Pat. jetzt nach ¾ Jahren wieder gesehen. Sie befindet sich vollkommen wohl. Ein Recidiv ist nicht eingetreten. Die mikroskop. Untersuchung (Dr. E. Fränkel) ergab folgendes Resultat: Es handelt sich um ein gemischtes, überwiegend grossrundzelliges Sarcom mit spärlichem Bindegewebsgerüst. Das abgelagerte Pigment liegt theils in Spindelzellen, theils frei im Stroma, theils, wenn auch spärlich, in den den Tumor bildenden Rundzellen.

Fall II betrifft eine 68-jähr. Frau, welche Anfang Juni d. J. in M.'s Behandlung kam. Sie litt seit mehreren Jahren an Verstopfung der linken Nasenhälfte. Auch hier sass vorn ein anscheinend unverdächtiger Schleimpolyp. Nach Entfernung desselben war auch hier die Nase mit schwarzen Massen ausgefüllt. Auch die Rhinoskopia posterior zeigte die Choane vollständig von schwarzen Massen erfüllt. Ebenso wie in dem anderen Falle, entfernte M. dieselben theils mit der Schlinge, theils mit der Kornzange, unter Mitnahme der Muscheln, reinigte den Stumpf mit dem scharfen Löffel, mit nachfolgender Galvanokaustik. Nach dreiwöchentlicher Behandlung konnte die Pat. geheilt entlassen werden.

Die colossalen schwarzen Tumoren haben eigenthümlicher Weise im Spiritus eine braunrothe Farbe angenommen. Die mikroskop. Untersuchung (Dr. Ivan Michael — Giessen) des

---

[14]) Rydygier: Ueber Pylorusresection. Samml. klin. Vorträge № 220.

[15]) Centralblatt f. Chir. 1882, № 9.

[16]) Fronmüller: Operation der Pylorusstenose. Inaug.-Diss. Fürth 1886.

[17]) Verhandl. des XVI. Congresses der deutschen Ges. f. Chir.

[18]) Operation einer Pylorusstenose. Mitgetheilt von Köhler: Berl. klin. Wochenschr. 1888, № 46. Cfr. auch Klemperer: Ein Fall geheilter Magendilatation. Deutsche Med. Wochenschr. 1889, № 9.

[19]) Casuistischer Beitrag zur operativen Behandlung der narbigen Pylorusstenose. Deutsche Med. Wochenschr. 1889, № 9.

[20]) Langenbeck's Archiv f. klin. Chir. 1888, XXXVIII, I. Heft.

[21]) Mitgetheilt von Ortmann: Deutsche Med. Wochenschr. 1889, № 9.

[22]) Zur Casuistik und Therapie der Pylorusstenose. Berl. klin. Wochenschr. 1888, № 51.

[23]) Aus den Sitzungen der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Heidelberg 1889. Cfr. Centralbl. f. Chir. 1889, pag. 924.

Präparates ergab, dass es sich um multiple Drüsenpolypen handelt, die durch zahlreiche und ausgedehnte Hämorrhagien schwarz gefärbt sind.

Von derartigen schwarzen Nasenpolypen hat M. kein Beispiel in der Literatur gefunden.

Lufthaltige Polypen der Nase sind bisher noch nicht beschrieben. Einen solchen solitären Polypen, der im frischen Zustande die Grösse einer Haselnuss und die gewöhnliche Farbe der Schleimpolypen hatte, entfernte M. einem 7-jähr. Mädchen aus der linken Nasenhälfte. Derselbe sass an einem dünnen Stiele, so dass kein Tropfen Blut folgte. Einige Stellen an dem Polypen machten den Eindruck, als ob sie Luft enthielten. M. legte, um dies zu entscheiden, den Polypen in's Wasser und schnitt mit einer spitzen Scheere in die beiden verdächtigen Stellen ein. Aus jeder derselben entstieg eine erbsengrosse Luftblase. Am Präparat sieht man noch die zusammengefallenen Wände der Luftcysten. Lufthaltige Polypen der Nase sind bisher nicht beschrieben, während lufthaltige Vaginalcysten bereits in grösserer Zahl mitgetheilt sind. (Autorreferat).

M-me Kouindjy-Pomerantz: Das Theobromin und das Diuretin. (Bullet. génér. de thérap. 1890, 15. Août).

Nach Versuchen, welche Verf. im Laboratorium des Prof. Dujardin-Beaumetz im Hôpital Cochin zu Paris angestellt hat, kommt sie zu folgenden Schlüssen:

1) Das *Diuretin*, in Grammendosen bis zu 3,0—5,0 pro die gegeben, ist ein starkes Diureticum und kräftiger als Coffeïn.

2) Es wirkt direct auf das Nierenepithel, doch müsse man bei starken organischen Entartungen des Herzens sehr vorsichtig sein.

3) Unter dem Einflusse des Diuretins verändern sich die Contractionen des Herzens kaum oder garnicht.

4) Es vermehrt rasch die Harnmenge, die Diurese hält 2—3 Mal so lange an, als wie nach Coffeïn.

5) Der Kranke gewöhnt sich nicht rasch an das Mittel.

6) Das Diuretin setzt keine Harnbeschwerden, kein Brennen in der Harnröhre, selbst bei 5,0 pro die.

7) Es beeinflusst das centrale Nervensystem garnicht. Es muss in Milch oder Chokolade ausser den Mahlzeiten gegeben werden und ist wirksam in Fällen von Wassersucht, wo eine Diurese noch möglich ist, bei erkrankten Nieren bleibt es wirkungslos.

Hinze.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. C. Gerhardt: Lehrbuch der Auscultation und Percussion mit besonderer Berücksichtigung der Besichtigung, Betastung und Messung der Brust und des Unterleibes zu diagnostischen Zwecken. 5. vermehrte und verb. Auflage. Tübingen 1890. H. Laupp.

Das berühmte Lehrbuch der physikalischen Untersuchungsmethoden ist in neuer, verbesserter Auflage erschienen. Hat es schon in den vorherigen Auflagen grossen Erfolg aufzuweisen gehabt, so wird gewiss ein noch grösserer dieser eben erschienenen zu Theil werden. Die neuen Errungenschaften auf dem Gebiete der physikalischen Diagnostik, die, wie der hochgeschätzte Verf. bemerkt, durch die fortschreitende Ausbildung anderer diagnostischer Hilfsmethoden, namentlich der mikroskopischen, keineswegs in den Schatten gestellt werden kann, finden wir in dieser Auflage sorgfältig gesichtet und beleuchtet, so namentlich die Forschungen betreffend die Physiologie und Pathologie des Herzens und der Lungen. Die Darstellung des ganzen Stoffes ist eine äusserst klare und präcise, was für den Studirenden von grossem Werthe ist, aber auch der praktische Arzt wird dieses Lehrbuch von grossem Nutzen für sich finden. Abelmann.

Prof. Friedrich Goppelsröder: Ueber Feuerbestattung. Vortrag, gehalten im naturwissenschaftlichen Vereine zu Mülhausen im Elsasse. Wenz & Peters. Mülhausen i. Els. 1890.

Die Feuerbestattung ist zu einer brennenden Frage der Neuzeit geworden. Der Kampf um die Entscheidung derselben ist noch lange nicht ausgekämpft, denn es kommen bei der Lösung der Frage die verschiedenartigsten Standpuncte in Betracht; ja es ist anzunehmen, dass dieser Kampf um die Wahl der Erd- oder Feuerbestattung sich früher oder später noch viel heftiger gestalten wird. Insofern ist es auch für den Arzt nicht unwichtig, dieser Frage näher zu treten. In der vorliegenden Abhandlung findet man Alles, was über das Thema bis jetzt bekannt ist. Nachdem der Verf. eingehender das Mumificiren, Einbalsamiren und Conserviren der Leichen, schliesslich die Erdbestattung geschildert hat, geht er zu seinem eigentlichen Thema über. Zunächst spricht er über die Leichenverbrennung im Alterthume und bei einigen Völkern der Jetztzeit, dann über die Feuerbestattung. Er giebt uns einen Ueberblick über die allmälige Entwickelung und Ausbildung der Frage in den verschiedenen Ländern und Weltgegenden, gleichzeitig beschreibt er die dort zur Verwendung kommenden Apparate. Die besten sind wohl die nach dem Siemens'schen System (Crematorium zu Gotha), dann nach den Systemen von Venini und Bourry. Einen grossen Theil seiner Abhandlung widmet der geschätzte Autor der Besprechung der Einwände, die verschiedenerseits gegen die Feuerbestattung aufgebracht wurden, namentlich vom Standpuncte der Religion, der Aesthetik, der Agriculturchemie und, was wohl am wichtigsten ist, vom criminalistischen Standpuncte. Sehr geschickt widerlegt Verf. alle Einwände und ertheilt Rathschläge, die Bedenken des Criminalisten im Auge behaltend. Demjenigen, der sich für die Frage der Feuerbestattung interessirt, mag das vorliegende Buch auf das Wärmste empfohlen werden.

Abelmann.

Wissenschaftliche Verhandlungen der Dorpater medicinischen Facultät.

Sitzung am 13. September 1890.

Vorsitzender: Herr R. Thoma.
Berichterstatter: Herr R. Kobert.

Herr Koch spricht über **Operationen an Extremitäten** unter Demonstration zahlreicher mit Glück operirter Kranken.

Sitzung am 27. September 1890.

1) Herr Barfurth spricht über das **Os centrale carpi** unter Demonstration von Präparaten und Abbildungen.

2) Herr Küstner spricht über **Extrauteringravidität**. Der Gegenstand des Vortrages wird später in extenso in dieser Wochenschrift behandelt werden.

Statut des St. Petersburger Aerztevereins zu gegenseitiger Hilfe.

(Спб врачебное общество взаимной помощи).

Bestätigt am 31. Mai 1890 vom Gehilfen des Ministers des Innern Senator Plehwe.

§ 1. Der St. Petersburger Aerzteverein zu gegenseitiger Hilfe verfolgt folgende Ziele: 1) aus seinen Mitteln materielle Unterstützung seinen Mitgliedern und deren Familien im Falle irgend eines sie betreffenden Unglücks zu gewähren; 2) Asyle und Versorgungsanstalten für die Wittwen und Waisen seiner Mitglieder, wenn möglich, zu gründen; 3) die gesetzlichen Interessen des Vereins und seiner Mitglieder durch Vermittelung seines, das Recht juridischer Vertretung geniessenden Vorstandes zu wahren. (cf. § 16, P. 5).

Anmerkung. Es ist dem Vereine anheimgestellt, falls es seine Mittel erlauben, materielle Unterstützung nicht nur seinen Mitgliedern, sondern Angehörigen des ärztlichen Standes überhaupt angedeihen zu lassen und dieselben in seinen Asylen und Versorgungsanstalten aufzunehmen.

§ 2. Der Verein besteht aus: 1) Ehrenmitgliedern, 2) wirklichen Mitgliedern, 3) Stiftern.

§ 3. Als Ehrenmitglieder des Vereins werden von der allgemeinen Versammlung alle diejenigen Personen anerkannt, welche dem Vereine besonders wichtige Dienste erwiesen haben.

Anmerkung. Zu Ehrenmitgliedern können auch Nichtärzte gewählt werden.

§ 4. Wirkliche Mitglieder können alle Personen beiderlei Geschlechtes werden, welche das Recht zur Ausübung der medicinischen Praxis in Russland haben.

§ 5. Diejenigen Personen, welche dem Vereine beizutreten wünschen und der in § 4 enthaltenen Anforderung entsprechen, haben dem Vorstande des Vereins schriftlich davon Anzeige zu machen unter Beifügung des jährlichen Mitgliedsbeitrages, dessen Höhe von der allgemeinen Versammlung festgestellt wird.

§ 6. Die Beiträge werden von den Mitgliedern im Verlaufe des ersten Halbjahres (vom 1. Januar an gerechnet) eingezahlt. Personen, welche ihren Beitrag nicht zum bestimmten Termine entrichtet haben, werden als aus dem Vereine ausgetreten betrachtet und können nur durch Ballotement auf der allgemeinen Versammlung wieder aufgenommen werden.

§ 7. Jedes Vereinsmitglied geniesst das Stimmrecht auf der allgemeinen Versammlung, ist in den Vorstand wählbar und geniesst das Anrecht auf Schutz seiner Interessen durch Vermittelung des Vereinsvorstandes.

§ 8. Als Stifter des Vereins werden diejenigen Personen betrachtet, welche die Bittschrift um Bestätigung des Vereins unterzeichnet und nicht weniger als 5 Rubel zur Bestreitung der ersten Einrichtung beigetragen haben.

§ 9. Die Mittel des Vereins entstammen: 1) den Mitgliedsbeiträgen und einmaligen Schenkungen; 2) zufälligen, theils allgemeinen, zum Besten des Vereins eingelaufenen, theils zu speciellen, den im § 1 angeführten Zielen des Vereins entsprechenden Zwecken bestimmten Beiträgen; 3) den, durch öffentliche Vorträge, Concerte, Abende, Vorstellungen, welche auf Grundlage der gültigen allgemeinen Regeln stattzufinden haben, erzielten Summen; 4) den Procenten, welche von den, durch richterlichen Spruch eingelaufenen Schuldforderungen abgezählt werden; den Betrag dieser Procente bestimmt die allgemeine Versammlung.

§ 10. Der Verein kann Grundcapital, Reservecapital und specielle Capitalien aus den ihm zur Verfügung stehenden Summen bilden und richtet sich dabei nach den von der allgemeinen Versammlung aufzustellenden Regeln.

§ 11. Die Angelegenheiten des Vereins werden von den allgemeinen Versammlungen und dem aus 5 Mitgliedern bestehenden Vorstande besorgt.

§ 12. Die Glieder des Vorstandes werden auf 3 Jahre gewählt. Die vorläufige Wahl des Vorstandes geschieht durch Zettelabgabe, wobei die ersten 10, durch Stimmenmehrheit gewählten Mitglieder auf derselben allgemeinen Versammlung ballotirt werden; die ersten fünf, welche die meisten Stimmen erhielten, werden als zu Mitgliedern des Vorstandes gewählt betrachtet, die übrigen fünf gelten als Candidaten, und zwar in der Reihenfolge der ihnen zugefallenen Stimmenzahl, und ersetzen die aus irgend einem Grunde ausgeschiedenen Vorstandsmitglieder.

§ 13. Die Vorstandsmitglieder vertheilen unter einander die Aemter des Vorsitzenden, seines Gehülfen und der Secretäre. Die Wahl des Cassirers wird dem Vorstande anheimgestellt.

§ 14. Die Verfügungen des Vorstandes sind dann gültig, wenn sie den Bestimmungen des vorliegenden Statuts und den Beschlüssen der allgemeinen Versammlungen nicht widersprechen und wenn sie von nicht weniger als drei Vorstandsmitgliedern unterschrieben worden sind.

§ 15. Alle Glieder des Vorstandes verantworten für die Unversehrtheit der Summen und des Vermögens des Vereins vor diesem.

§ 16. Der Vorstand hat folgende Verpflichtungen:

1) Verwaltung aller Summen des Vereins, welche in zinstragenden Papieren und auf laufende Rechnung angelegt werden müssen, sowie die Besorgung der von der allgemeinen Versammlung bestätigten Ausgaben.

2) Einberufung der allgemeinen und der ausserordentlichen Versammlungen durch Publication oder durch Versendung von Einladungen; Führung der Mitgliederlisten.

3) Bestimmung der Tagesordnung auf den allgemeinen und den ausserordentlichen Versammlungen.

4) Zusammenstellung von Berichten über die Vereinsangelegenheiten und Führung der Bücher über Einnahmen und Ausgaben.

5) Sachwaltung in Angelegenheiten des Vereins bei der Regierung, Beziehungen mit anderen öffentlichen und privaten Instituten und Vertretung des Vereins vor Gericht.

6) Führung gerichtlicher Verhandlungen durch dazu gewählte Bevollmächtigte für diejenigen Vereinsmitglieder, welche sich in solchen Angelegenheiten die Beihilfe des Vorstandes erbeten haben.

7) Anstellung und Entlassung des dem Vereine nöthigen Dienstpersonals und der Artelschiks; Miethe der Wohnung für die Vorstandssitzungen.

§ 17. Der Vorsitzende beruft die Mitglieder des Vorstandes zur Entscheidung von Angelegenheiten, sobald dazu eine Veranlassung vorhanden.

§ 18. Bei Meinungsverschiedenheiten im Vorstande bringt der Vorsitzende auf den Antrag der Minderheit die betreffende Angelegenheit vor die allgemeine Versammlung.

§ 19. Die Versammlungen sind jährliche und ausserordentliche.

§ 20. Die ausserordentlichen Versammlungen werden nach Maassgabe der Anhäufung von Angelegenheiten durch den Vorstand entweder nach dessen eigenem Ermessen oder in Folge einer schriftlichen, von nicht weniger als zehn Mitgliedern des Vereins unterschriebenen Aufforderung einberufen.

§ 21. Auf den jährlichen, nicht später als in der ersten Hälfte des Februar abzuhaltenden Versammlungen wird:

1) der neue Bestand des Vorstandes (auf 3 Jahre) gewählt, wenn die Frist der Vollmachten für den alten Bestand abgelaufen ist;

2) der Jahresbericht über die Thätigkeit des Vereins und die Bilanz des Vereinscapitals verlesen;

3) eine aus drei Mitgliedern bestehende Revisionscommission gewählt, welche die Gelder und das Eigenthum des Vereins zu revidiren hat und verpflichtet ist, das Resultat dieser Revision der nächsten allgemeinen Versammlung vorzustellen;

4) über Vergrösserung oder Verminderung der Mitgliedsbeiträge entschieden;

5) werden alle Fragen, welche sich auf die vom Vereine verfolgten Ziele beziehen, entschieden;

6) verschiedene, von den Vereinsmitgliedern dem Vorstande eingereichte Fragen berathen;

7) diejenigen Angelegenheiten und Fragen bestimmt, in welchen der Vorstand bei der Regierung vorstellig werden soll.

Anmerkung. Der Jahresbericht über die Thätigkeit des Vereins nebst dem Namensverzeichniss der Mitglieder und über die Thätigkeit der einzelnen Personen werden dem Medicinaldepartement vorgestellt.

§ 22. Auf den ausserordentlichen Versammlungen werden: 1) alle unaufschiebbaren, sowie diejenigen Angelegenheiten besprochen, welche Meinungsverschiedenheiten betreffen, oder durch Antrag von zehn Mitgliedern eingebracht sind, 2) Vorschläge, die Abänderung des Statuts oder Bestätigung neuer Regeln für die innere Organisation, sowie die Verwendung des Grund- und des Reservecapitals betreffend, berathen.

§ 23. Alle Vereinsangelegenheiten werden auf den allgemeinen Versammlungen durch einfache Majorität der anwesenden Mitglieder entschieden. Bei gleicher Zahl der Stimmen entscheidet die Stimme des Vorsitzenden.

Anmerkung. Ausschluss aus der Mitgliedschaft, Veränderung des Statuts und der Beschluss der Auflösung des Vereins erfordern zu ihrer Entscheidung nicht weniger als eine $^2/_3$ Stimmenmehrheit der anwesenden Mitglieder.

§ 24. Die allgemeine Versammlung ist beschlussfähig, wenn auf ihr nicht weniger als $^1/_4$ des Vereins anwesend ist.

Anmerkung. Fragen, welche wegen nicht zu Stande gekommener allgemeiner Versammlung nicht entschieden worden sind, werden in der folgenden, nicht später als eine Woche nach der ausgefallenen zu berufenden allgemeinen Versammlung bei beliebiger Anzahl von Mitgliedern entschieden.

§ 25. Für die Untersuchung von Missverständnissen zwischen Vereinsmitgliedern, sowie von Anklagen gegen dieselben wegen tadelnswerther und mit dem ärztlichen Berufe unvereinbarer Vergehen, wird ein Ehrengericht eingesetzt.

§ 26. Das Ehrengericht besteht aus drei Mitgliedern und zwei Candidaten, welche auf ein Jahr aus der Zahl der Vereinsmitglieder auf der Jahresversammlung gewählt werden.

§ 27. Die Wahl zu Ehrenrichtern und ihren Candidaten geschieht vorläufig durch Abgabe von Zetteln, wobei die ersten zehn, welche die Mehrzahl der Stimmen erhalten haben, ballotirt werden. Diejenigen drei Mitglieder, welche beim Ballotement die meisten Wahlstimmen erhielten, werden als Ehrenrichter, die folgenden zwei aber als ihre Candidaten betrachtet.

§ 28. Die Wahl zum Ehrenrichter, sowie zu dessen Candidaten wird nur in dem Falle als giltig betrachtet, wenn der Gewählte nicht weniger als $^2/_3$ der Stimmen der anwesenden Mitglieder erhalten hat.

§ 29. Das Ehrengericht versammelt sich, wenn eine Nothwendigkeit dazu vorliegt, auf schriftlichen Antrag des Vorstandes oder eines Vereinsmitgliedes.

Anmerkung. Der Vorstand ist berechtigt, das Ehrengericht zu berufen, auch wenn der Antrag dazu von einer dem Vereine nicht angehörigen Person ausgeht, welche ein Mitglied des Vereins einer tadelnswerthen oder mit dem ärztlichen Stande unvereinbaren Handlung beschuldigt.

§ 30. Jedes Vereinsmitglied ist verpflichtet, auf die Forderung des Ehrengerichts hin, seine Erklärungen abzugeben und muss sich inapellabel dem Urtheile des Gerichtes fügen. Das Ehrengericht kann der allgemeinen Versammlung den Antrag auf Ausschliessung einer Person vorlegen, welche, dem Vereine angehörend, vom Ehrengerichte schuldig befunden worden ist; dabei werden aber die Motive des Urtheils nicht mitgetheilt.

§ 31. Diejenigen Vereinsmitglieder, welche sich der Entscheidung des Ehrengerichts nicht unterwerfen, werden durch Beschluss der allgemeinen Versammlung aus dem Vereine ausgeschlossen und verlieren auf immer das Recht zum Wiedereintritt.

§ 32. Der Verein hat sein Siegel mit der Aufschrift: „C. П. Б. Врачебное Общество взаимной помощи“.

§ 33. Dem Vereine ist es freigestellt, bei der Regierung um Eröffnung von Abtheilungen des Vereins in anderen Städten des russischen Reiches zu petitioniren.

§ 34. Die Ehrenmitglieder erhalten vom Vereine ein Diplom bezüglich dieser Benennung.

§ 35. Wenn der Verein aus irgend welchen Gründen seine Thätigkeit einstellt, so werden alle seine Capitalien, laut Verfügung der allgemeinen Versammlung, zu wohlthätigen Zwecken verwendet.

Protokoll

der Sitzung der Commission Bevollmächtigter vom 3. Congresse der Gesellschaft russischer Aerzte auf den Namen N. J. Pirogow's, von der Gesellschaft russischer Aerzte in St. Petersburg, von der St. Petersburger medicinischen Gesellschaft, der russischen chirurgischen Gesellschaft Pirogow's und dem Vereine St. Petersburger Aerzte — am 29. September 1890, betreffend die Frage der Ausarbeitung des Statuts des St. Petersburger Aerztevereins zur gegenseitigen Hilfe.

Anwesend waren: DDr. W. J. Afanassjew, A. L. Ebermann, O. W. Petersen, W. P. Pokrowski, W. N. Ssirotinin, A. A. Trojanow, N. P. Tscherepnin.

1. Es wurde mitgetheilt, dass das von der Commission ausgearbeitete Statut vom Gehilfen des Ministers des Innern, Senator Plehwe, am 31. Mai 1890 bestätigt worden sei.

2. Es wurde beschlossen:

a) Copien dieses Statuts den obengenannten Gesellschaften zuzustellen, damit in der nächsten Sitzung dasselbe durchgesehen und das Verzeichniss der Stifter laut § 8 des Statuts zusammengestellt werde.



b) Die Redactionen der medicinischen Gesellschaften in St. Petersburg zu ersuchen, den Abdruck dieses Protokolles und des Statuts des St. Petersburger Aerztevereins zu gegenseitiger Hilfe nicht zu verweigern.

Unterschrieben: W. N. Ssirotinin, A. A. Trojanow, A. L. Ebermann, O. W. Petersen. W. J. Afanassjew,

Nachschrift der Redaction. Indem wir vorstehendes Statut zur Kenntniss unserer Leser bringen, können wir nicht umhin unserer Befriedigung über die Bestätigung desselben Ausdruck zu geben, da mit derselben ein Verein in's Leben tritt, dessen Bildung ein langgehegter Wunsch und ein immer dringender hervortretendes Bedürfniss unseres ärztlichen Standes war. Ausser der Unterstützung seiner Mitglieder, ihrer Wittwen und Waisen im Falle der Noth, der leider nur zu oft eintritt und auch in dieser Wochenschrift oft genug registrirt worden ist, stelit sich der neue Verein die nicht mehr abzuweisende Aufgabe der rechtlichen Regelung des Verhältnisses der Aerzte zum Publicum und der Ueberwachung der Standesehre durch ein Ehrengericht, das sowohl Missverständnisse unter den Mitgliedern, wie auch Anklagen gegen die Ehrenhaftigkeit derselben zu untersuchen hat. Diese beiden letzteren Aufgaben des Vereins sind hochbedeutsam für die Entwickelung unseres ärztlichen Standes, da sie zu einer Organisation führen müssen, die den Aerzten, wie dem Publicum in gleicher Weise zu Gute kommen wird. Es wird jedem Arzte daran liegen diesem Verein anzugehören, der die Interessen seiner Mitglieder sowohl im Falle der Noth durch Unterstützung, wie auch bei Rechtsstreitigkeiten mit dem Publicum durch Vertretung vor Gericht wahrnimmt und seinen Mitgliedern die Möglichkeit giebt, ernste Differenzen mit Standesgenossen auf dem Wege des Ehrengerichts zum Ausgleich zu bringen. Das Verhalten aller Mitglieder des Vereins unterliegt aber insofern einer Controlle durch den Verein, als jede „tadelnswerthe und mit dem ärztlichen Berufe unvereinbare Handlung" den Ausschluss aus demselben nach sich ziehen kann. Eine solche Ueberwachung der Mitglieder kann nur zur Stärkung des Standesbewusstseins, der Standesehre beitragen und giebt ausserdem dem Publicum die Möglichkeit den Arzt auch für solche Handlungen zu belangen, die noch nicht der Strafe des Richters, wohl aber der Verurtheilung der Standesgenossen unterliegen.

Es wird auf diese Weise also ein Rechtsboden geschaffen im Verhältniss zwischen Arzt und Publicum und ausserdem gewiss mit der Zeit sich eine Standesordnung entwickeln, da die einzelnen zur Beurtheilung gelangenden Fälle die Normen festsetzen werden, welche die Mehrzahl der Aerzte für das Verhalten der Standesgenossen eingehalten zu sehen wünscht.

Zunächst tritt der Verein nur in St. Petersburg in's Leben; es ist aber wohl sicher, dass sich bald in der Provinz Zweigvereine bilden werden (§ 33), wodurch die Bedeutung des Vereins natürlich rasch zunehmen wird. — Sobald die erste Versammlung der Stifter desselben stattgefunden haben wird, berichten wir über den Ort und die Bedingungen der Anmeldung neuer Mitglieder.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Julius Kühn rühmt die Vorzüge des *Mollin* als Salbenconstituens. Das bereits vor mehreren Jahren von Canz erfundene Mittel ist eine überfettete Kali-Natronseife von gleichmässig weicher Consistenz, lässt sich sehr schön und glatt auf der Hautoberfläche verreiben und hält sich Jahre lang, ohne selbst durch Temperaturwechsel zu leiden. Ein Hauptvorzug des Präparats ist die Eigenschaft, sich auf das Innigste mit dem betr. Medicament zu verbinden (durch mikroskopische Untersuchung constatirt). Praktisch ist von Werth, dass es keine Flecken in der Wäsche macht und sich durch einfaches Abwaschen von der Haut entfernen lässt. Verf. hat das Mollin in einer beträchtlichen Reihe von Fällen (verschiedenen Hautaffectionen und Lues) angewandt und die Ueberzeugung gewonnen, dass es sämmtlichen bekannten Salbengrundlagen, auch dem Lanolin, vorzuziehen sei. (Berl. klin. Woch. № 36.)

— In der Sitzung der Section für innere Medicin des jüngsten Berliner Congresses am 5. August hielt Dr. van Tienhoven aus dem Haag einen Vortrag über *Enuresis nocturna*, welche er auf Insufficienz des Sphincter vesicae zurückführt, welche dem Urin gestattet, in den oberen Theil der Harnröhre einzutreten, von wo aus er durch den Detrusor ausgestossen wird und räth, die Kranken in einem Bette schlafen zu lassen, dessen Fussende erhöht ist; in 14 Fällen hat Redner raschen Erfolg ohne Anwendung anderer Mittel gehabt.

— In derselben Sitzung sprach Dr. Rummo aus Pisa über das Bacelli'sche Zeichen bei intrapleuralen Exsudaten, welches darin besteht, dass die Flüsterstimme durch das an die Bauchwand angelegte Ohr gehört wird, konnte Bacelli's Ansicht bestätigen und hält das Symptom für nur durch die Menge der körperlichen Elemente des Exsudats bedingt, während intrapleuraler Druck, die Menge der Flüssigkeit und der Zustand der Pleura von gar keiner Bedeutung für das Auftreten dieses Zeichens sind.

Vermischtes.

— Der langjährige Oberarzt des St. Petersburger Nicolai-Waisen-Instituts, Wirkl. Staatsrath Dr. A. Walther, ist von diesem Posten zurückgetreten.

— Sämmtliche Professor-Adjuncte der militär-medicinischen Academie sind Kraft der neuen Statuten der Academie, nach welchen bei der Academie nicht mehr drei, sondern wie bei den Universitäten nur zwei Kategorien von Professoren existiren, zu ausserordentlichen Professoren ernannt worden. Ausser den von uns in № 39 bereits genannten Professor-Adjuncten Polotebnow, Bystrow und Ssimanowski sind somit noch die bisherigen Adjuncte Prussak (Otiater) und A. Inostranzew (Mineralog) ausserordentliche Professoren der Academie geworden.

— Zum Bibliothekar der militär-medicinischen Academie, an Stelle des kürzlich verstorbenen Dr. Kondratjew, ist von der Conferenz dieser Academie Dr. P. W. Lebedinski gewählt worden.

— In der Sitzung des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte am 18. Sept. wurde an Stelle des aus St. Petersburg fortgezogenen Dr. O. v. Grünewaldt zum Präsidenten Dr. E. Moritz, an seine Stelle zum Vicepräsidenten Prof. Dr. G. Tiling gewählt.

— Zum *Präsidenten der III. Section der hiesigen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit* ist der Director des Medicinaldepartements Dr. L. Ragosin, und zum Vicepräsidenten der Ingenieur Karlowitsch gewählt worden.

— *Verstorben:* 1) In St. Petersburg am 1. October der Arzt am Alexander-Barackenhospital Anton Przistanski. 2) Im Ssaratow'schen Gouvernements-Landschaftshospital der Arzt Dmitri Iwanowitsch Petrow. 3) Der jüngere Arzt des Orenburg'schen Infanterie-Regiments Shilinski.

— Das Odessa'sche Stadtamt hat beschlossen, dem um das Sanitätswesen und die medicin. Statistik Odessa's verdienten Dr. K. Henrichson für die Zusammenstellung der Wochenberichte über die Mortalität der Stadt Odessa eine Gratification im Betrage von 2000 Rbl. auszuzahlen.

— Das St. Petersburger Stadtamt hat bei der Duma den Antrag gestellt, dem Feldscher des hiesigen Marien-Magdalenen-Hospitals Masikow, welcher seit dem Jahre 1869 an diesem Hospital dient und wegen zerrütteter Gesundheit seinen Dienst aufgeben muss, eine Jahrespension von 92 Rbl. 40 Kop. zu bewilligen.

— In der *St. Petersburger Augenheilanstalt* sind mit Beginn dieses Semesters *Curse für Aerzte* eröffnet worden. Damit ist den Letzteren die Möglichkeit gegeben, in kurzer Zeit an einer aus der grossen Zahl der Kranken zweckentsprechend zusammengestellten Auswahl von Fällen ihre Kenntnisse in der Augenheilkunde wieder aufzufrischen resp. zu vervollständigen. Jeder Curs soll etwa 6 Wochen dauern. Anmeldungen zur Theilnahme sind an den Director der Anstalt zu richten.

— Der Ordinator der hiesigen Entbindungsanstalt und Repetitor des Hebammeninstituts Dr. Bazkewitsch hat die Erlaubniss erhalten, hierselbst *Repetitionscurse für Hebammen* zu eröffnen. Dieselben werden in den Abendstunden in dem Gebäude des früheren Salzdepots abgehalten werden und bereits in der zweiten Hälfte dieses Monats beginnen. Das Honorar für den vollen Cursus, welcher aus 50 Vorlesungen mit den nöthigen Demonstrationen bestehen wird, beträgt nur 5 Rbl. Die Zahl der Theilnehmerinnen ist für jeden Cursus auf 50 beschränkt.

— Wie der „Wratsch" erfährt, beabsichtigt der Redacteur der „Praktitscheskaja Medizina" Prof. M. J. Afanassjew eine *russische Uebersetzung der bekannten Eulenburg'schen „Realencyclopädie der gesammten Heilkunde"* zu veranstalten und dabei auch die russischen Arbeiten zu berücksichtigen, welche den Mitarbeitern der Encyclopädie meistentheils unbekannt waren. — Derselben Quelle zufolge beabsichtigt Dr. K. J. Smigrodski in Gemeinschaft mit mehreren Collegen einen *Index der russischen medicinischen Literatur*, welcher in Lieferungen 2—4 Mal jährlich erscheinen soll, herauszugeben.

— In Moskau hat sich ein *„Verein von Feldschern zur gegenseitigen Unterstützung"* gebildet, dessen Statuten soeben bestätigt worden sind. Mitglieder desselben können Feldschere und Feldscherinnen werden, welche sich im Krons- und Communaldienst oder auch im Dienst von Privatleuten in Russland befinden. Der Verein steht unter dem Protectorat des Moskauer Generalgouverneurs, Fürsten Dolgorukow, und hat den Zweck, seine Mitglieder bei Krankheiten und im Alter zu unterstützen und nach dem Tode für deren Familien zu sorgen. Ausserdem beabsichtigt der Verein ein Stellenvermittelungs-Bureau und eine Leihcasse einzurichten, aus welcher die Mitglieder gegen geringe Procente Darlehen erhalten können. Der Mitgliedsbeitrag ist auf 9 Rbl. jährlich festgesetzt.

— Wie aus Berlin berichtet wird, hat Prof. Rob. Koch die *Versuche mit dem von ihm gefundenen Heilmittel gegen die Schwindsucht* an Kranken in der Charité wieder *eingestellt*. Die Versuche sollen behufs Gewinnung eines vielseitigen Materials an einem anderen Hospital fortgesetzt werden. Ueber die Ergebnisse der bisherigen Versuche verlautet noch nichts.



— Die Berliner Academie der Wissenschaften hat der Deutschen anatomischen Gesellschaft 1500 Mark als *Beihilfe zur Herausgabe einer einheitlichen anatomischen Terminologie* bewilligt.

— Nach einer vorläufigen Feststellung auf Grund der Schlussrechnungen hat die Stadt Berlin anlässlich des X. internationalen medicinischen Congresses für die Festschrift, das Rathhausfest, die Ausstellung, die Besichtigungen u. s. w. ungefähr 80,000 Mark verausgabt, so dass von der für die Veranstaltungen von den städtischen Behörden in Aussicht genommenen Summe von 100,000 Mark eine Ersparniss von ca. 20,000 Mark zu erwarten ist. (Allgem. med. C.-Z.)

— Das Befinden des berühmten Münchener Chirurgen Prof. Nussbaum hat sich bedeutend verschlimmert. Zu seinem alten Leiden ist Wassersucht hinzugetreten.

— In England ist eine neue *Freimaurer-Loge* gegründet worden, welcher ausschliesslich Aerzte angehören.

— Ueber den gegenwärtigen *Stand der Cholera* ist folgeudes zu berichten: In Spanien geht die Epidemie langsam zurück, in der Provinz Alicante ist sie erloschen, dagegen wurde die Cholera in Barcelona officiell constatirt. — In Frankreich sind im September in der Stadt Lünel (Departement Hérault) in Folge Einschleppung aus Spanien zwei Cholerafalle vorgekommen, von denen nur einer tödtlich verlaufen ist. Seit dem 22. September ist dort kein neuer Cholerafall vorgekommen. — Am Rothen Meere ist die Seuche in den türkischen Provinzen erloschen. Wie furchtbar sie in Mekka und Arabien gewüthet hat, geht aus dem Bericht des französischen Consuls hervor, nach welchem von den in Djedda und Yumbo aus- resp. eingeschifften 43,000 Pilgern ungefähr 17,000 der Cholera erlegen sind. — In Syrien ist die Cholera in Aleppo und Orfa in der Zunahme begriffen.

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 30. Sept. d. J. 5645 (19 mehr als in der Vorwoche); darunter 278 Typhus- (12 weniger), 521 Syphilis- (12 mehr), 71 Scharlach- (6 mehr), 13 Masern- (4 mehr), 23 Diphtherie- (6 weniger) und 59 Pockenkranke (14 mehr als in der Vorwoche).

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 7. Oct. a. c. 5711 (66 mehr als in der Vorwoche); darunter 282 Typhus- (4 mehr), 513 Syphilis- (8 weniger), 87 Scharlach- (16 mehr als in der Vorwoche), 13 Masern- (wie in der Vorwoche), 13 Diphtherie- (10 weniger) und 65 Pockenkranke (6 mehr als in der Vorwoche).

Vacanz.

— Vom Landschaftsamte des Kreises *Ustjushna* (Gouv. Nowgorod) werden *2 Aerzte* für zwei verschieden bevölkerte medicinische Bezirke dieses Kreises gesucht. Gehalt in dem einen Bezirk 1000 Rbl., in dem anderen 1200 Rbl. jährlich. Bewerber wollen sich schriftlich unter Beifügung ihrer Zeugnisse und Bescheinigung über ihren früheren Dienst an die Устюжная Уѣздная Земская Управа wenden.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 23. bis 29. September 1890.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
233	143	376	69	24	61	8	8	14	39	36	32	34	30	19	2	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 7, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 6, Masern 5, Scharlach 15, Diphtherie 5, Croup 1, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 10, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicämie 7, Tuberculose der Lungen 62, Tuberculose anderer Organe 5, Alcoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 32, Marasmus senilis 8, Krankheiten des Verdauungscanals 35, Todtgeborene 20.

Für die Woche vom 30. September bis 6. October 1890.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
207	150	357	49	19	45	14	8	18	43	43	34	26	29	23	5	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 6, Febris recurrens 4, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 11, Masern 2, Scharlach 12, Diphtherie 8, Croup 0, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 13, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 61, Tuberculose anderer Organe 3, Alcoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 21, Marasmus senilis 19, Krankheiten des Verdauungscanals 32, Todtgeborene 17.

☞ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 16. October 1890.

☞ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 22. October 1890.

Дозв. ценз. Спб. 12 Октября 1890 г. Herausgeber Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.

XV. Jahrgang. **St. Petersburger** Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Dr. Carl Dehio, Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder, St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur **Dr. Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 42 St. Petersburg, 20. October (1. November) **1890**

Zur Frage der Indication der operativen Behandlung des runden Magengeschwürs.

(Aus der medicinischen Klinik des Herrn Professor H. Unverricht in Dorpat.)

Ein casuistischer Beitrag

von

Dr. med. W. Nissen, Assistent der Klinik.

(Schluss)

Kehren wir nun nach dieser casuistischen Excursion wieder zu unserem Falle zurück und suchen wir uns die Frage zu beantworten, ob hier eine genügende Indication zur Ausführung einer immerhin so schweren Operation vorlag, wie es die Laparotomie mit nachfolgender Excision eines Ulcus oder event. Pylorusresection ist?

Was im Allgemeinen ein Ulcus ventriculi simpl. betrifft, so haben wir uns schon Eingangs dahin ausgesprochen, dass auf Grundlage unserer bisherigen, noch nicht abgeschlossenen Kenntnisse von der Genese des Magengeschwürs dem chirurgischen Eingreifen Schranken gesetzt sind. Demnach kann auch das Bestehen eines Ulcus ventriculi mit seinen gewöhnlichen Erscheinungen an und für sich als Indication zu einer Operation noch nicht genügen. Vor Allem nicht im jugendlichen Alter etwa bis zum 25. ja 30. Lebensjahre, wo die Gewebe vermöge ihrer grösseren regenerativen Fähigkeit bessere Tendenz zur Heilung zeigen, die ja noch durch rationelle Therapie erfolgreich unterstützt werden kann. Jenseits der 30-er und namentlich 40-er Jahre, wo dann auch die grössere Mortalität beim Ulcus ventriculi beginnt, würde die Vornahme der Operation vielleicht eher zulässig erscheinen, soweit nicht bestehende Constitutionsanomalien oder wahrscheinlich vorhandene tiefgreifendere Veränderungen der Magengefässe dieselbe contraindiciren, wegen des voraussichtlich nur wenig dauerhaften Erfolges der Operation.

Anders gestaltet sich die Indicationstellung in jedem Falle, wenn ein Ulcus ventriculi allmälig oder plötzlich schwere, direct lebensgefährliche Complicationen nach sich zieht, wenn z. B. eine starke consecutive Pylorusstenose bedrohliche Ernährungsstörung gesetzt hat, wenn, abgesehen von jenen durch sehr grossen Blutverlust tödtlich verlaufenden Fällen, tagelang bestehende, immer wieder auftretende Blutungen das Leben gefährden, oder wenn schliesslich gar eine Perforation mit nachfolgender Peritonitis dem unheilvollen Leiden noch ein qualvolles Ende zu setzen droht. Da müssen alle Bedenken schwinden, welche dem chirurgischen Eingriff gegenüberstehen, und, sofern nur der Kräftezustand des Patienten es zulässt, — ist die allein Hoffnung gebende Operation indicirt. Dieselbe mag dann je nach Ermessen des Chirurgen in einer Gastroenterostomie, einer Pyloroplastik oder Pylorusresection, einer Excision des Ulcus oder einer blossen Unterbindung blutender Gefässe bestehen.

In unserem speciellen Falle lautete die Diagnose auf ein perforirtes Ulcus ventriculi mit beginnender Peritonitis.

Die Ohnmacht der inneren Therapie einem solchen Ereignisse gegenüber war gewiss. Sollte aber und konnte etwas geschehen, um dem unvermeidlichen exitus letalis entgegenzutreten, so lag dieses Etwas nur in der Hand der Chirurgie! Ihre Erfolge, wie wir sie oben aus der z. Th. angeführten Casuistik erfahren, sind jedenfalls ermuthigend genug um die, wenn auch schwere, so doch mit grösserer Wahrscheinlichkeit lebensrettende Operation auf die vitale Indication hin zu unternehmen. Dazu kam noch der Umstand, dass die sonstigen Bedingungen für die Operation gerade jetzt relativ günstig lagen. Es bestand zwar schon eine Peritonitis, aber dieselbe konnte ja, wie wir wissen, nicht als Contraindication gelten, zumal sie erst im Beginne war. Sodann aber bot auch der relativ gute Kräftezustand des Patienten, sein befriedigendes Allgemeinbefinden, das sich bei völlig freiem Sensorium in Fieberlosigkeit und normalem Pulsverhalten äusserte, gegenwärtig noch der Laparotomie die besten Chancen.

Von diesen Gesichtspuncten ausgehend, wurde der Patient am 14. Sept. der chirurgischen Klinik zur Operation übergeben. In Betreff der Methode der Operation sollte erst nach Eröffnung der Bauchhöhle und genauerer Orientirung über die Verhältnisse die Wahl getroffen werden.

Am 14. Sept. *) 1889 um 6 Uhr Ab. wurde von Prof. v. Wahl durch einen ca. 15 Ctm. langen Schnitt zwischen Proc. xyphoid. und dem Nabel in der Linea alba die Bauchhöhle eröffnet. Es entleerte sich hierbei eine reichliche Menge klarer, gelblicher Flüssigkeit aus dem Peritonealsack. Freies Gas war nicht vorhanden. Der Zeige- und Mittelfinger der durch die Schnittwunde eingeführten Hand erreichen hierauf den Magen, welcher sich z. Th. auch in der Wunde präsentiren lässt. Weder die stattgehabte Palpation der vorderen Magenwand noch deren theilweise Inspection ergiebt etwas Abnormes. Die Serosa des Magens ist spiegelnd und nur von etwas stärkerer Injection. Sodann wird auch, soweit die Verhältnisse es gestatten, die hintere Magenwand abpalpirt, aber ohne vorherige Durchtrennung des Ligamentum gastro-collicum. Auch hier konnte der unter erschwe-

*) *Berichtigung* in № 41, S. 366, Zeile 9—21 von oben (rechts) ist anstatt Nov. gleichfalls *Sept.* zu lesen.

renden Umständen tastende Finger nichts Abnormes eruiren: die hintere Magenwand schien gleichfalls intact zu sein. Ebenso konnte auch in der nächsten Umgebung des Magens nichts gefunden werden.

Der Fall nahm in Folge dessen etwas Räthselhaftes an, und chirurgischerseits erwuchsen gewisse Bedenken gegen die klinische Diagnose Ulcus ventriculi perforans, während klinischerseits jedoch an der Diagnose durchaus festgehalten werden musste unter der Voraussetzung, dass die gegebenen Verhältnisse zur manuellen Orientirung irgendwie ungünstig lägen. Ein sonstiger Grund für die beginnende Peritonitis lag jedenfalls nicht vor und konnte auch nach etwaigen anderen pathologischen Veränderungen in der Bauchhöhle, da jeder Anhaltspunct dazu fehlte, nicht gesucht werden, sodass die Bauchwunde wieder geschlossen werden musste.

Patient verblieb zunächst in der chirurgischen Klinik. — Am Tage nach der Operation, den 15. Sept., erbricht er plötzlich schwarze, blutige Massen.

Am 16. Sept. wird Pat. in etwas collabirtem Zustande in die medicin. Klinik zurückbefördert. Er erbricht auch hier Kaffeesatz-ähnliche Massen und hat theerfarbenen Stuhl, in dem Blut (Teichmann'sche Krystalle) nachgewiesen wird. Temperaturen sind normal. Puls 80, Resp. 24. Starke Schwäche. Die Leberdämpfung lässt sich auch jetzt nicht nachweisen.

18. Sept. Stat. idem. Kein Erbrechen, kein Stuhl.

19. Sept. Pat. fühlt sich besser.

20. Sept. Pat. hustet ein blutig tingirtes Sputum aus. In der linken Lunge lässt sich in den unteren Partien hinten eine leichte Dämpfung nachweisen, sowie spärliches Rasseln. Temp. 38.

24. Sept. Stat. idem. Der Stuhl von normaler Farbe. Schmerzen im Epigastrium und in der Brust.

27. Sept. Es wird der Versuch gemacht, dem Pat. Morgens in nüchternem Zustande vorsichtig eine weiche Sonde in den Magen zu führen. Durch leichte Aspiration mit einer Spritze werden etwa 100 Ccm. einer dunklen theerfarbenen Flüssigkeit zu Tage gefördert. Dieselbe reagirt deutlich sauer und giebt alle Salzsäurereactionen (mit Congopapier, Methylviolett, Günzburg-schem Reagens und Tropäolin). Milchsäure und Buttersäure sind nicht vorhanden. Die quantitative Bestimmung der Salzsäure durch Titrirung mit $^{1}/_{10}$ % Normal-Natronlauge ergiebt einen Gehalt von 2 p. m. Salzsäure. Eiweiss wurde vom filtrirten Magensaft in $2^{1}/_{2}$ St. verdaut.

7. Oct. Im Befinden des Pat. sind keine weiteren Veränderungen aufgetreten. Es wird um die Mittagszeit wiederum etwas Magensaft vorsichtig aspirirt, nachdem Pat. seit dem Morgen nur eine Tasse Milch genossen. Der gewonnene Mageninhalt reagirt stark sauer und sämmtliche Reactionen weisen wieder deutlich Salzsäure nach. Milchsäure und Buttersäure sind nicht vorhanden.

14. Oct. Pat. klagt wieder mehr über starke Schmerzen im Magen und im Abdomen. Starke Auftreibung des Leibes; die seitlichen Partien gedämpft, über den mittleren tympanitischer Percussionsschall. Ascites. Häufige Ructus, wogegen Pat. Soda einnimmt, ausserdem erhält er tagsüber mehrere Morphiuminjectionen.

15. Oct. Temp. 38,3. Die Ructus haben aufgehört, Pat. klagt über grosses Spannungsgefühl in der Magengegend, welche sehr aufgetrieben erscheint. Um zu entscheiden, ob diese Auftreibung durch Gasansammlung im Peritonealsack oder durch Meteorismus des Magens erzeugt sei, wird vorsichtig eine Schlundsonde in den Magen eingeführt, allein in der Tiefe von 40 Ctm. von der Zahnreihe entfernt, stösst man auf ein Hinderniss, welches sogar der Sonde № 1 die Passage unmöglich macht. Auch Flüssigkeiten gelangen nicht in den Magen, sondern werden zurückgewürgt. Das Abdomen ist hart gespannt, auf Druck mässig empfindlich. Es wird ein Klystier gesetzt: — es erfolgt kein Stuhl. Medicatio: warme Umschläge, Morphium.

16. Oct. Pat. ist collabirt. Leberdämpfung, wie früher, nicht vorhanden. Intercostalräume hier verstrichen. Auf der linken Lunge vesiculäres Athmen, die Intercostalräume sind hier nicht verstrichen. Herzthätigkeit schwach. Puls kaum fühlbar. Hände und Füsse kühl.

17. Oct. Morgens 10 Uhr erfolgt der Exitus letalis.

Klinische Diagnose: Ulcus ventriculi perforans; Peritonitis consecutiva.

Hatte diese Diagnose schon vor der Laparotomie klinischerseits fest bestanden, indem das ganze Krankheitsbild geradezu als ein typisches, classisches bezeichnet werden konnte, so traten hier mit den letzten Daten noch zwei weitere Puncte hinzu, die das Bild des Magengeschwürs in seinen Erscheinungen und seinem Verlaufe vervollständigten resp. bestätigten, so dass selbst die Durchführung einer etwaigen Differentialdiagnose mit einem Carcinom oder den verschiedenen mit Magenkrampf und Hypersecretion einhergehenden Magenleiden nicht einmal geboten scheint.

Zu jenen noch hervorzuhebenden beiden Puncten zählen wir aber den Nachweis freier Salzsäure resp. verstärkter Acidität des Magensaftes, sowie den plötzlichen Verschluss des Magens in der Gegend der Cardia.

Auf das constante Vorkommen von Hyperacidität bei Ulcus ventriculi haben in nachdrucksvoller Weise zuerst Riegel[24]) und dann van den Velden, Rothschild, Cahn und v. Mehring, Ewald, Vogel[25]) u. A. hingewiesen. In unserem Falle, wo nur mit grösster Vorsicht und eigentlich nur zu theoretisch klinischen Zwecken Magensaft zweimal direct durch die Schlundsonde gewonnen wurde, war gleichfalls Salzsäure nicht nur qualitativ sehr deutlich nachweisbar, sondern auch quantitativ vermehrt vorhanden, indem, wie die eine Titrirung zeigte, auch selbst der im *nüchternen* Zustande gewonnene, zersetztes Blut enthaltende Mageninhalt einen Salzsäuregehalt von 2 pro mille aufwies!

Der zweite Punct, der jenes erwähnte, einige Tage vor dem Tode plötzlich aufgetretene Passagehinderniss des Oesophagus betrifft, in einer Tiefe von 40 Ctm. von der Zahnreihe entfernt, also offenbar an der Cardia selbst oder dicht oberhalb derselben gelegen, liess in völligem Einvernehmen mit unserer Diagnose zwei Deutungen zu. Man konnte denken an callöse Verdickungen der Ränder des Geschwürs, welches vielleicht auch die Cardia selbst mit in sein Bereich gezogen hätte. Auffällig wäre dabei nur gewesen das früher relativ leichte Passiren der Sonde sowie auch der Speisen durch die Cardia, selbst ohne wesentlichen Schmerz, sowie das plötzliche Auftreten des completen Verschlusses über Nacht, indem Tags zuvor noch häufig Ructus befördert wurden und Milch und Sodalösung ohne Schwierigkeit hinabging, während in den folgenden Tagen offenbar auch nicht einmal jene Gasansammlung des stark geblähten Magens sich durch die Cardia Bahn schaffen konnte. Die andere Erklärung dieses Umstandes lag aber in der Annahme einer Compression oder Abknickung des untersten Theiles des Oesophagus durch äussere Momente, so namentlich durch Anwachsen einer Exsudatmasse oder eines abgekapselten Abscesses, wie solche bei Perforationsvorgängen in der Nähe und an der Aussenseite eines Geschwürs, welches hier nicht allzuweit vom Oesophagus entfernt liegen dürfte, sich wohl zu bilden pflegen. Die Section bestätigte auch eine Knickung, die aber die Regio cardiaca des Magens selbst betraf und durch Narbenstenose des Magens bedingt war.

Aus dem Sectionsprotokoll (Prof. R. Thoma) hebe ich nur das Wesentliche hervor:

In der Bauchhöhle freies Gas unter positivem Druck und reichliche Mengen trüber, weingelber Flüssigkeit, welche in den abhängigen Partien zahlreiche fibrinös-eitrige Flocken enthält. Peritoneum parietale und viscerale diffus geröthet, stark getrübt, vielfach durch fibrinös-eitrige Membranen verklebt.

Die Leber ist von der vorderen Bauchwand und vom Zwerchfell durch *abgeschlossene* Luft abgedrängt, doch liegt der untere Rand der Leber annähernd in normaler Höhe. Das linke obere Drittheil des linken Leberlappens ist etwas fester durch Fibrin mit dem Magen verklebt. Nach Lösung dieser Verklebung findet sich an der *vorderen Wand des Magens eine Perforationsstelle von ca. 1 Ctm. Durchmesser*, aus welcher Mageninhalt hervorquillt.

Eine in den Oesophagus eingeführte Sonde geht ohne Schwierigkeit bis an das Niveau des Zwerchfells, stösst aber dann auf Widerstand.

Die Lagerung des Magens ist insofern abnorm, als die Pförtnerklappe etwas nach abwärts gerückt ist und genau in der Mittellinie der Wirbelsäule liegt. Der Magen ist im Ganzen sehr eng contrahirt und bildet einen halbkreisförmigen Kanal, dessen Convexität nach links gerichtet ist. Dem entsprechend verläuft die Regio cardiaca, indem sie mit einer starken Knickung vom Oesophagus abbiegt, zunächst horizontal nach links und die weitere Untersuchung zeigt, dass auch das untere Ende des Oesophagus etwas nach links abweicht. Die Umgebung der Cardia zeigt keine abgesackte Anhäufung von Exsudat.

[24]) Zeitschrift für klin. Medicin, Bd. XI, Heft 1, 2 und 3. — Ueber Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Samml. klin. Vorträge № 289.

[25]) Beitrag zur Lehre vom Ulcus ventriculi simpl. Inaugural. Diss. Giessen 1887.



Der Magen ist von sanduhrförmiger Gestalt, indem quer um seine Mitte eine Stenose besteht, in deren Gebiet ein Geschwür von etwa 3 Ctm. gerader Flächenausdehnung sich findet. Die Ränder des Geschwürs sind abgerundet und narbig eingezogen. Der Grund des Geschwürs hat die Magenwand durchbrochen und findet sich im retroperitonealen Zellgewebe. Der vordere Rand des Geschwürs reicht etwas auf die kleine Curvatur nach vorn, und findet sich hier die Perforationsöffnung. Die Magenwände im Allgemeinen mit allen ihren Häuten etwas geschwellt.

Anatomische Diagnose: Ulcus ventriculi simplex mit Durchbruch in das retroperitoneale Zellgewebe und mit Durchbruch in den Bauchraum — mit Anlöthung an die Leber. Fibrinöseitrige Peritonitis. Trübung der Leber und der Niere. Milztumor. Sepsis. Oedem der rechten Lunge. Fibrinös-seröse linksseitige Pleuritis.

Aus dem Vorliegenden geht zur Evidenz hervor, dass die Schwierigkeit der Vornahme einer Operation beim perforirten Magengeschwür nicht nur in der frühzeitigen Diagnose in den ersten Stadien der Perforation und in der Indicationsstellung liegt, sondern dass der chirurgische Eingriff auch an der Schwierigkeit der Orientirung über die localen pathologischen Verhältnisse scheitern kann.

Die Diagnose und die Indicationsstellung zur Operation waren, wie der Verlauf und die Section es erwiesen, in unserem Falle durchaus zutreffend, während der ulceröse Process, ja selbst auch nicht einmal die ziemlich hochgradigen narbigen Veränderungen des Magens von dem relativ kleinen Bauchschnitt aus ermittelt werden konnten.

Wir lernen daraus erkennen, wie unzulänglich zur Orientirung über pathologische Verhältnisse am Magen einerseits eine nur theilweise Eröffnung der Bauchwand ist, und als wie wenig maassgebend sich andererseits die Digitaluntersuchung erweist. Bei Verwachsungen und Verklebungen der Magenwand im Gebiete des perforirten Ulcus wird häufig, je nach dem Sitze desselben, wie auch an unserem Patienten die übrige frei zugängige Magenwand dem palpirenden Finger natürlich als unverändert erscheinen und demnach all zu leicht normale Verhältnisse vortäuschen. Ja selbst das partielle Hervorziehen und die eventuelle Besichtigung solcher freier Theile wird die Integrität des Magens nur erhärten. Doch es bedarf nicht einmal der Verwachsungen, um ulceröse Veränderungen bei jener Untersuchungsmethode zu verdecken! Wissen wir doch zur Genüge, dass die anatomischen Erscheinungen, die ein frei perforirtes Ulcus an der äusseren Magenwand macht, oft nur gering sind, so gering, dass selbst am Sectionstisch bei der Besichtigung des Magens das sofortige Auffinden einer Perforationsstelle mitunter nicht ganz leicht fällt, indem alle ausgesprocheneren Reactionserscheinungen an der Serosa des Magens fehlen können. Um wie viel schwerer dürfte da die Untersuchung am Lebenden sein!

Vor Allem aber mangelhaft muss eine Digitaluntersuchung ausfallen, wenn, wie der vorliegende Fall es zeigt, ein Ulcus an der hinteren Magenwand seinen Sitz hat. Hier ist stets der Vorschlag v. Hacker's in Betracht zu ziehen, wie er auch von Nemethy[26]) für die Untersuchung von Verletzungen an der hinteren Magenwand gemacht wird, — eine kleine Lücke in das Ligamentum gastrocolicum zu reissen, und von dieser aus die hintere Magenwand abzutasten. Andere machen auch direct einen Einschnitt in die vordere Magenwand, um so die genauere und sichere Orientirung vornehmen zu können.

Ein anderes Moment, welches ich im Anschluss hieran noch zur Erörterung bringen möchte, wäre die Frage, ob nicht doch in Fällen, wo ein Ulcus ventriculi die Indication zur Operation abgiebt, der *Sitz des Geschwürs* schon vorher klinisch festgestellt sein muss, unter Gesichtspuncten, wie sie oben Erwähnung fanden?

Nach zwei Richtungen hin wäre das wohl wünschenswerth. Erstens ist die Localisation des Ulcus nicht gleichgiltig für das Gelingen der Operation, da ein Ulcus an der hinteren Magenwand wegen Verwachsungen mit dem Pankreas grössere technische Schwierigkeiten sowie Gefahren für den Patienten involviren dürfte, als man sie bei einem Geschwür an der vorderen Magenwand zu befürchten hätte. Zweitens wäre auch dem Chirurgen durch eine genaue Localisirung des Geschwürs zur besseren Orientirung gedient.

Aber wie dem auch sei, der internen Diagnostik ist es vorderhand, wie bereits oben darauf hingewiesen wurde, noch nicht gegeben, diesem Anspruch zu genügen. Wir dürfen uns aber vielleicht im Hinblick auf die Zukunft damit trösten, dass es doch einst der inneren Medicin möglich sein wird, auf jenem, namentlich von Gerhard bezeichneten Wege auch solchen Anforderungen gerecht zu werden. Dem idealen Ziele der internen Diagnostik der Magengeschwüre würden wir dann gewiss um einen weiteren Schritt näher kommen.

[26]) l. c.

Ueber Tetanus traumaticus.

Von
Dr. W. v. Rieder
in Werro (Livland).

(Vortrag, gehalten auf dem zweiten livländischen Aerztetage in Wenden am 28. August 1890.)

M. H.! Zu den unheimlichsten Vertretern der accidentellen Wundkrankheiten gehört der Tetanus traumaticus, unheimlich, weil er die ahnungslosen Patienten unvorbereitet trifft, ihnen entsetzliche Schmerzen und in den meisten Fällen trotz aller unserer therapeutischen Maassnahmen einen qualvollen Tod bringt. Wer das starr verzerrte Gesicht, die zusammengepressten Kiefer, die krampfhafte Rücken- und Nackenkrümmung, den starren Körper und die sich wiederholenden tonischen Krampfanfälle solcher unter schrecklichen Qualen stöhnender und wimmernder Patienten gesehen hat, dem wird das Bild des Wundstarrkrampfes sich unauslöschlich eingeprägt haben und eine Besprechung dieser Krankheit nicht ohne Interesse sein. Darum erlaube ich mir, dieses Thema zur Discussion zu bringen unter Mittheilung eines casuistischen Beitrages.

Die Aetiologie des Tetanus ist noch nicht genügend aufgeklärt. Das ergiebt sich schon daraus, dass man auch einen idiopathischen, d. h. ohne nachweisbaren Grund auftretenden Tetanus annimmt, sowie einen rheumatischen; was aber eigentlich unter «rheumatisch» zu verstehen sei, davon haben wir keine klare Vorstellung. Am meisten studirt ist noch der Tetanus traumaticus. Die bis 1884 erschienene Literatur über denselben hat Monastyrski[1]) fleissig durchforscht und dabei keine befriedigende Erklärung der Aetiologie des Wundstarrkrampfes und ebensowenig Angaben über constante pathologisch-anatomische Veränderungen bei dieser Krankheit finden können. Im genannten Jahre erschien eine Mittheilung von Carle und Rattone[2]) über erfolgreiche Uebertragung des Tetanusgiftes durch Impfung von einem soeben an dieser Krankheit gestorbenen Menschen auf Kaninchen und von diesen wieder auf andere Kaninchen. In demselben Jahre rief Nicolaier[3]) durch Impfung mit verschiedenen Erdarten Tetanus bei Mäusen und Kaninchen hervor, deren Eiter beim Verimpfen andere Versuchsthiere ebenfalls tetanisch machte und dabei constant neben verschiedenen anderen Mikroorganismen charakteristisch gestaltete feine Bacillen mit Köpfchensporen enthielt. Seitdem sind eine Reihe von erfolgreichen Tetanusimpfungen mit Wundsecreten von Tetanuskranken, mit infectiöser Erde und ähnlichen Stoffen vorgenommen worden, worunter ich nur anführe: die von Ro-

[1]) Beobachtungen und Untersuchungen über den Wundstarrkrampf. St. Petersb. med. Wochenschr. 1885, № 23 und 24.
[2]) Studio esperimentale sull' etiologia del Tetano. Giornale della R. Academia di medic. di Torino 1884, № 3.
[3]) Ueber infectiösen Tetanus. Deutsche med. Wochenschrift 1884, № 52.

senbach[4]), Bonome[5]), Ohlmüller und Goldschmidt[6]), Ferrari[7]), Shakespeare[8]), Bossano[9]), Guelpa und Weber[10]), Fizzoni und Cattani[11]), Raum[12]), Kitasato[13]), Wiedemann[14]). Durch diese zahlreichen positiven Impfresultate war die infectiöse Natur des Tetanus und dabei fast in allen Fällen die Anwesenheit der von Nicolaier beschriebenen Bacillen im Eiter tetanuskranker Menschen und Thiere nachgewiesen. Zwar unterscheidet sich der durch Impfung mit verschiedenen Erdarten und dgl. hervorgerufene Tetanus der Versuchsthiere von dem gewöhnlichen Wundstarrkrampfe dadurch, dass der Impftetanus anfangs local auftritt und dann regionär fortschreitet, so dass zuerst nur die der Impfstelle naheliegenden und erst später allmälig auch die weiter entfernten Muskelgruppen die tonische Starre zeigen. Aber Rosenbach[15]) hebt mit Recht hervor, dass auch der gewöhnliche Wundstarrkrampf verschieden auftreten kann, je nach dem Sitze des Trauma, wie ja z. B. der sogenannte Tetanus hydrophobicus bei Kopf- und Halsverletzungen immer zuerst und oft sogar ausschliesslich das Gebiet der Hirnnerven zu ergreifen pflegt, so dass man einen fundamentalen Unterschied zwischen Impftetanus und gewöhnlichem Wundstarrkrampfe nicht nachweisen könne. Reinculturen der Nicolaier-schen Bacillen waren schwer zu erzielen, da sich bei Züchtungsversuchen fast stets in den Culturen auch eine andere Bacillenart, nach Rosenbach ein Fäulnissbacillus, findet, was den letztgenannten Forscher veranlasste, die Ansicht auszusprechen, dass die Nicolaier'schen Bacillen meist vielleicht nur auf einem durch Fäulniss vorbereiteten Boden sich entwickeln, wie ja auch vorherrschend mit Erde und in anderer Weise verunreinigte Wunden zum Tetanus disponiren. Diese Ansicht könnte gestützt werden durch die von mehreren Forschern, darunter Fizzoni und Cattani[16]), sowie Bossano[17]), gemachte Beobachtung, dass das Tetanusgift sich vorherrschend in der Wunde und deren nächster Umgebung zu befinden scheint. Aber einmal ist von vielen Forschern klinisch nachgewiesen worden, dass der Tetanus nicht selten zu ganz reinen Wunden und sogar zu Verletzungen mit erhaltener Integrität der Haut hinzutritt (Gussenbauer[18],) König[19]), und ferner sind einzelnen Forschern Reinculturen der Nicolaier-schen Bacillen und erfolgreiche Impfungen mit denselben gelungen. So hat z. B. Kitasato[20]) durch Verimpfung von Reinculturen der Tuberkelbacillen bei seinen Versuchsthieren regelmässig Tetanus hervorgerufen.

Wenn man im Ganzen nun auch geneigt sein könnte, die Nicolaier'schen Bacillen für die specifischen Krankheitserreger des Tetanus zu halten, so scheinen dem doch folgende Beobachtungen von Wiedemann[21]) zu widersprechen: Ein im Garten auf mit Rossdünger versetzte Erde fallender Knabe verletzte sich dabei die Wange, erkrankte und starb an Tetanus traumaticus; der Wunde wurde ein Holzsplitter entnommen und im Breslauer hygienischen Institute nach einander 7 Mäusen subcutan applicirt, welche alle an Tetanus zu Grunde gingen und in deren Eiter sich verschiedene Bacterienarten nachweisen liessen, aber keine Nicolaier'schen Bacillen. Wiedemann hält daher die Nicolaier'schen Bacillen nicht für die specifischen Krankheitserreger des Tetanus und dieser Ansicht neigt sich auch Flügge[22]) zu. Als Wiedemann zur Controlle etwas von der betreffenden Gartenerde Mäusen einimpfte, erkrankte eine von letzteren an Tetanus und konnte man im Eiter derselben Nicolaier'sche Bacillen nachweisen.

Fassen wir die Ergebnisse der angeführten Beobachtungen und Experimente zusammen, so folgt daraus, dass der Tetanus traumaticus im Allgemeinen als Infectionskrankheit aufzufassen ist, in deren Aetiologie unzweifelhaft wenigstens für eine grosse Anzahl von Fällen die Nicolaier-schen Bacillen eine wichtige Rolle spielen, dass letztere aber doch nicht mit Sicherheit als die ausschliesslichen specifischen Träger des Tetanusgiftes bezeichnet werden können. Ausserdem ist es auch noch nicht erwiesen, dass der Symptomencomplex, den wir Tetanus nennen, immer nur *eine* Entstehungsursache hat. Wenn der traumatische Tetanus eine Infectionskrankheit ist, so fragt es sich, worauf denn der rheumatische und der idiopathische Tetanus beruhen und, wenn diese letzteren nicht infectiös sind, ob nicht auch in manchen Fällen von Tetanus bei vorhandenem Trauma der Starrkrampf ohne Infection von der Verletzung aus sich entwickelte. Klemm[23]) hat unter den von ihm zusammengestellten Fällen von Tetanus hydrophobicus einen von Rose beschriebenen Fall als Reflexneurose aufgefasst. König[24]) führt an, dass der Tetanus traumaticus sich nicht nur bei ganz reinen Wunden einstellen kann, sondern auch bei subcutanen Luxationen und Fracturen, leichten Quetschungen, nach Stockschlägen und endlich auch bei Narben, in denen sich dann zuweilen Fremdkörper fanden. Da könnte doch der Gedanke an eine Reflexneurose nahe liegen. Interessant ist folgende Beobachtung von Raum[25]): Ein Kind verwundete sich die Hand beim Spielen auf dem Hofe und erkrankte nach 14 Tagen, als die Wunde schon vollkommen verheilt war, an Tetanus; sogleich wurde die Narbe exstirpirt, worauf das Kind bald genas; Verimpfung eines Stückes der Narbe rief bei einem Kaninchen nicht Tetanus hervor, wohl aber Impfung mit etwas Erde von demselben Hofe. Handelte sich's nun hier um eine Reflexneurose oder befand sich das Tetanusgift in der Narbe? Wenn ferner in diesem Falle die Exstirpation der Narbe zur Heilung beitrug, so fragt sich's, warum beim Wundstarrkrampfe die Amputation des verwundeten Gliedes als unwirksam gilt, was von vielen Autoren angegeben wird. Hervorzuheben ist, dass die Nicolaier'schen Bacillen, sofern sie die Krankheitserreger des Tetanus sind, die hochgradigen Erscheinungen von Seiten des Nervensystems wahrscheinlich wohl nicht durch ihre blosse Ansiedelung und Entwickelung im Körper, sondern durch Production eines dem Strychnin ähnlich wirkenden Giftes hervorrufen, was vielleicht auch die Nutzlosigkeit von Amputationen bei ausgebildetem Tetanus traumaticus erklären könnte. Doch kennen wir diese Toxine noch nicht genauer und wissen nicht, ob dieselben auch beim rheumatischen und idiopathischen Tetanus in Betracht kommen, was immerhin wahrscheinlich ist.

Da sowohl bei Impfversuchen als auch bei zufälligen Verunreinigungen von Wunden mit Rossdünger vermischte Erde besonders infectiös zu wirken scheint und der Tetanus bei

[4]) Zur Aetiologie des Wundstarrkrampfes beim Menschen. Langenbeck's Archiv XXXIV, 2.
[5]) Ueber die Aetiologie des Tetanus. Fortschritte der Medicin 1887, № 21.
[6]) Ueber einen Bacterienbefund bei menschlichem Tetanus. Centralblatt für klin. Medicin 1887, № 31.
[7]) Die Tetanusmikrobie. Congress der ital. Gesellschaft für Chirurgie zu Genua 4.—7. April 1887. (Mugnai: Sem. méd. 1887, pag. 141).
[8]) Experimental investigation on the cause of tetanus. Med. News, 17. September 1887.
[9]) Revue de médecine, Februar 1889.
[10]) Bulletin général de therapeutique, T. CXV, 1889.
[11]) Gazzetta degli ospitali, 8. Mai 1889.
[12]) Zeitschrift für Hygiene, Band V, 1889.
[13]) Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin, 24.—27. Aril 1889. (Centralbl. für Chirurgie 1889, № 29).
[14]) Zeitschr. für Hygiene, Bd. V., 1889.
[15]) l. c.
[16]) l. c.
[17]) l. c.
[18]) Billroth und Lücke: Deutsche Chirurgie 1880.
[19]) Allgemeine Chirurgie.
[20]) l. c.
[21]) l. c.
[22]) Zeitschr. für Hygiene, Bd. V.
[23]) Deutsche Zeitschr. für Chirurgie XXIX, Heft 2.
[24]) l. c.
[25]) l. c.

Pferden relativ häufig vorkommt, so hat Verneuil[26]), gestützt auf 450 von Aerzten und Veterinären ihm mitgetheilte Beobachtungen, in der Pariser Académie de médecine die Theorie entwickelt, dass hauptsächlich Pferde die Träger und Verbreiter des Tetanusgiftes sind, wobei sie selbst sogar ganz gesund bleiben können, eine Theorie, welcher vielfach in der Discussion widersprochen wurde.

Aus allen angeführten Beobachtungen und Erwägungen ergiebt sich, dass in der Aetiologie des Tetanus noch manches unklar ist und manche Frage noch ihrer Lösung harrt.

Erwähnt sei endlich noch, dass Bossano[27]), der durch Impfung von mit Dünger verunreinigter Erde Kaninchen tetanisch gemacht hatte und nun den Eiter dieser Versuchsthiere auf andere, von diesen wieder auf andere und so fort verimpfte, dabei die Wirkung sich mehr und mehr abschwächen sah, so dass schon die 5. Serie die Impfung ertrug, ohne zu erkranken. Es entspricht das den Beobachtungen Pasteur's über Lyssa.

Die Prognose des Tetanus traumaticus ist bekanntlich recht ungünstig: nach Petersen's[28]) Referat starben z. B. im nordamerikanischen Bürgerkriege von 505 Tetanuskranken 451, was einer Mortalität von 89,3 % gleichkommt. Aber es lassen sich meiner Ansicht nach nicht leicht alle Fälle von Wundstarrkrampf in eine Reihe stellen, da gewiss die Schwere des ursprünglichen Trauma für den Ausgang der Krankheit nicht gleichgültig sein kann; ausserdem sind nach König[29]) zu unterscheiden ein acuter Tetanus traumaticus, der in den ersten 8 Tagen nach der Verletzung auftritt, schneller und fast immer tödtlich verläuft, ferner eine chronische, später beginnende, langsamer und nicht selten günstig verlaufende Form und endlich auch noch ein Tetanus mitis, wenn sich da klinisch wohl auch nur schwer scharfe Grenzen ziehen lassen. Daher hält es schwer, eine allen Anforderungen genügende Statistik des Wundstarrkrampfes zusammenzustellen.

Für die Therapie des Tetanus traumaticus sind hauptsächlich folgende Indicationen wichtig: Streng antiseptische Wundbehandlung, möglichste Ruhe und Fernhaltung von heftigeren mechanischen, thermischen, acustischen und Lichtreizen; Anwendung von Narcotica, unter denen nur das Chloroform im Allgemeinen contraindicirt erscheint[30]), während Chloralhydrat und Morphium, daneben wohl auch Kalium bromatum, als besonders wirksam hervorzuheben sind. Holst[31]) empfiehlt die combinirte Anwendung von Morphium und Chloralhydrat, und Kane[32]) spricht sich ebenfalls dafür aus, neben dem Chloralhydrat auch andere Narcotica anzuwenden.

Nach diesen Bemerkungen über die Aetiologie, Pathologie und Therapie des Wundstarrkrampfes gehe ich zur Krankengeschichte eines von mir beobachteten Falles dieser Krankheit über.

Am 21. Juni 89 wurde der kleine Karl Warik in das Werro'sche Stadthospital gebracht. Die Anamnese ergab, dass er am 9. Juni, also vor 12 Tagen, durch einen Fall vom Wagen auf mit Pferdedünger verunreinigte Erde sich eine Kopfwunde zuzog, welche ihm bis zum 18. Juni wenig Beschwerden machte; am 18., mehr noch am 19. Juni waren während des Schlafes der Beschreibung nach tonische Krämpfe aufgetreten, am 20. Juni dazu auch Kieferklemme, so dass Patient keine feste Nahrung zu sich nehmen konnte. Da die Kieferklemme immer hochgradiger und der Körper starr wurde, brachten die Eltern den Kranken zu mir in's Hospital.

Status praesens am 21. Juni 1889. Patient ist 8 Jahre alt, kräftig gebaut; Musculatur gut, Panniculus adiposus mässig entwickelt; rechts auf dem Kopfe eine bogenförmige, klaffende, ca. 8 Ctm. lange und 2 Ctm. breite Wunde, deren Grund durch die entblösste Oberfläche des rechten Scheitelbeines gebildet wird und mit Eiter bedeckt ist; die nicht ganz glatten Wundränder granuliren gut; der Rand des bogenförmig abgetrennten Hautlappens ist vom Knochen abgelöst, der Knochen unverletzt. Das Gesicht eigenthümlich starr, der Mund symmetrisch in die Breite gezogen, die Stirn leicht gerunzelt, die Augen ziemlich gerade nach vorn gerichtet, Pupillen mittelweit, Masseteren bretthart, Kieferklemme hochgradig, so dass die zwischen den Zähnen befindliche Zungenspitze eingeklemmt und nicht reponibel ist; Stirn und Gesicht mit Schweiss bedeckt; Nacken- und Rückenmuskeln erheblich contrahirt, so dass der Kopf etwas nach hinten gezogen und der Rücken nach vorn gekrümmt erscheint; Musculatur des Bauches stark, diejenige der unteren Extremitäten ziemlich stark gespannt, so dass letztere sich nur mit Gewalt mässig flectiren lassen; Oberarmmuskeln leicht contrahirt; an den inneren Organen ausser unbedeutendem Tiefstande der den Rippenbogen um 1½ Fingerbreiten überragenden Leber keine Abweichungen nachzuweisen.

Beim Versuch, die Stellung des Patienten zu verändern, die Beine gewaltsam zu flectiren, ferner bei unerwarteten und stärkeren Geräuschen, wie Aufhusten und dergl., sowie endlich von Zeit zu Zeit auch ohne nachweisbare äussere Veranlassung, steigert sich anfallsweise der Opisthotonus, sowie die Spannung der Musculatur des Bauches und der unteren Extremitäten, wobei der Kranke ächzt und wimmert; bei einzelnen heftigen Anfällen setzt die Athmung vorübergehend aus, das Gesicht röthet sich stark und ist mit Schweisstropfen besetzt; Pat. ist bei vollem Bewusstsein, kann aber nicht sprechen. Temperatur 37,1°. Puls in den Pausen kaum, während der Anfälle dagegen bedeutend beschleunigt. Dieser Befund gestattete die Diagnose: „Tetanus traumaticus“ zu stellen, da keine andere Form von Krämpfen das beschriebene charakteristische Krankheitsbild giebt.

Verordnet wurde: Reinigung und antiseptischer Verband der Wunde, 2-stündlich Clysmata mit je 8 Gran Chloralhydrat und 10 Gran Kalium bromat.; dazu Abends Morphii muriat. Gran 1/16 subcutan, worauf von 11 Uhr Abends bis 4 Uhr Morgens ein wenig gestörter Schlaf erfolgt, nachdem die Injection einen tonischen Krampfanfall hervorgerufen hatte.

Am 22. Juni war der Trismus etwas geringer geworden, so dass die Zunge frei ist; Sprache noch undeutlich; Pat. schluckt etwas Milch und klagt über starke Schmerzen im Abdomen und Rücken; die tonische Starre kaum verändert, die Anfälle wenig seltener; Stuhlverhaltung; Opisthotonus im Laufe des Tages zunehmend; Temp. Morgens 36,9°, Abends 37,5°. Pat. erhält 4 Clysmata mit je 10 Gr. Chloralhydrat und Bromkalium; Abends Morphii muriat. Gr. 1/16 subcutan.

Am 23. Juni war der Zustand unverändert, die Therapie dieselbe, nur wurde Abends ausserdem ein Eisbeutel auf den Kopf gelegt, da die Körpertemperatur, welche Morgens 37,3° betrug, Abends auf 39,2° stieg. Verbandwechsel.

Am 24. Juni Trismus und Opisthotonus noch stark, die Anfälle aber etwas schwächer und seltener; nach jeder Morphiuminjection ruhiger Schlaf, während dessen die Muskelstarre herabgesetzt erscheint und die Anfälle nachlassen; Pat. geniesst etwas Milch und Suppe, kann aber noch garnicht kauen; die Wunde sieht rein aus, nur die Ränder derselben etwas geröthet. Temp. Morgens 38,2°, Abends 40,3°; Puls 130. Therapie: 2 Mal täglich Morphii muriat. Gr. 1/16 subcutan, 3 Mal täglich Kalii bromati, Chlorali hydrati āā Gr. X per Clysma, Eisbeutel, antiseptischer Verband.

Am 25. Juni 1—2-stündlich leichtere Anfälle, in der Nacht 3 Krampfanfälle gewesen; Trismus, Opisthotonus und Starre der Bauchmuskeln stark ausgesprochen. Morgens Temp. 37,1°, Ab. 40,1°; Puls 120. Pat. erhält Morphii muriatici Gr. 1/16 2 Mal täglich subcutan, 3 Clysmata wie gestern, sowie den Eisbeutel. Verbandwechsel.

Am 26. Juni Zustand wie gestern, nur wird heute rechts auf der Stirn erysipelatöse Röthung und Schwellung der Haut bemerkt, welche auf der Kopfhaut wegen des dichten Haarwuchses nicht zu constatiren war. Morgens Temp. 39,3°, Puls 108; Abds. Temp. 39,4°, Puls 110. Therapie dieselbe wie gestern.

Am 27. Juni stündlich leichte Krampfanfälle; Opisthotonus noch ziemlich stark; Erysipel bis auf die rechte Wange vorgerückt; Kopfschmerz quälend. Morgens Temp. 37,8°, Puls 96; Abends Temp. 39,2°, Puls 120. Abends spät wird das Erysipel blasser und erhält Pat. Chlorali hydrati, Kali bromat. āā Gr. X per Clysma und darauf subcutan Morphii muriat. Gr. 1/16, worauf er 5 Stunden fest und gut schläft.

Da die Eltern des Pat. hartnäckig darauf bestehen, den Kranken nach Hause zu bringen, so verlässt derselbe am 28. Juni früh das Hospital.

[26]) Bulletin de l'académie de médecine, Bd. XX, № 44 und 45; Band XXI, № 6—8, 10—12, 16—18.

[27]) l. c.

[28]) St. Petersb. Med. Wochenschr. 1884, № 2. Sitzungsbericht des Vereins St. Petersb. Aerzte vom 1. Nov. 1883.

[29]) l. c.

[30]) Prengrueber (Le Bulletin médical, 3. Juli 1889) und Le Fort (Le Bulletin médical, 21. Juli 1889) berichten über Todesfälle beim Chloroformiren von Tetanuskranken, bei welchen die Chloroforminhalationen die heftigsten tonischen Krampfanfälle hervorriefen, wahrscheinlich reflectorisch durch Reizung der Nasenschleimhaut. Prengrueber führt auch Chouppe an, welcher mit Strychnin vergiftete Thiere bei Chloroformbehandlung sterben sah, während die sich selbst überlassenen Thiere genasen.

[31]) Protokolle der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. St. Petersb. Med. Wochenschr. 1885, № 32.

[32]) Citirt in König: Allgemeine Chirurgie.

Nach einiger Zeit berichtete der Vater, dass der kleine Kranke auf dem Wege nach Hause nur noch einen leichten tonischen Krampfanfall gehabt, darauf zu Hause sich bald erholt habe und nach Ausheilung der Kopfwunde völlig genesen sei.

Im Sommer dieses Jahres erfreute sich der Knabe einer durchaus guten Gesundheit, wie der Vater berichtet.

Epikritisch möchte ich darauf aufmerksam machen, dass in diesem Falle die Kopfwunde mit düngerhaltiger Erde verunreinigt gewesen war, was, wie schon manche von den angeführten Beobachtungen verschiedener Autoren, die Infectiosität solcher Erde beweist.

Wenn es ferner richtig ist, dass das Virus des Tetanus traumaticus sich vorherrschend in der Wunde und ihrer nächsten Umgebung befindet, so könnte im beschriebenen Falle gerade das später hinzugetretene Erysipel wesentlich dazu beigetragen haben, das Tetanusgift unschädlich zu machen. Denn eine ähnliche Wirkung des Erysipels ist bekanntlich bei verschiedenen pathologischen Processen beobachtet worden, namentlich beim Lupus.

Endlich möchte ich noch hinweisen auf die von mir beobachtete prompte Wirkung der allerdings bei gleichzeitiger Chloralanwendung gemachten Morphiuminjectionen, wenn auch anfangs der Einstich fast immer einen Krampfanfall hervorrief. Der Kranke überwand bald seine Scheu vor den Injectionen und bat später immer selbst um dieselben.

Referate.

M. Beck: Bacteriologische Untersuchungen über die Aetiologie der menschlichen Diphtheritis. (Zeitschr. für Hygiene Bd. VIII, Heft 3).

Der von Löffler entdeckte und beschriebene Bacillus ist morphologisch und biologisch wohlcharakterisirt, wurde in jedem der 52 untersuchten Fälle von Diphtheritis gefunden, ist bisher nie bei anderen Krankheiten gesehen worden (auch nicht in den von Beck untersuchten 17 Fällen von Angina follicularis, 28 von Angina catarrh.), lässt sich in Reinculturen züchten und Impfungen mit diesen Culturen rufen bei für Diphtheritis empfänglichen Thierspecies (Meerschweinchen, Tauben, Hühner) immer Diphtheritis hervor. Somit sind sämmtliche Forderungen an die Specificität eines pathogenen Pilzes erfüllt, und der Löffler'sche Diphtheriebacillus ist mit derselben Sicherheit als Erreger der menschlichen Diphtheritis anzusehen, wie es der Koch'sche Tuberkelbacillus für die Lungenschwindsucht ist.

Das ist das bedeutsame Resultat der die grösste Beachtung verdienenden Beck'schen Untersuchungen. Die Lectüre der Mittheilung sei dringend empfohlen. Das folgende Referat ist nur ein dürftiger Ersatz für diejenigen, die das Original nicht erhalten können.

Meerschweinchen, denen Impfungen von den Reinculturen unter die Bauchhaut gemacht wurden, waren schon nach 12 Stunden krank, frassen nicht mehr. Nach 24 Stunden war die Impfstelle necrotisch, umgeben von einem Oedem, das schliesslich die ganze Bauchgegend von den Kieferwinkeln bis zu den Schenkelbeugen einnahm. Nach 2—3 Tagen Tod. Bei der Section fanden sich in der Impfstelle selbst Bacillen oft in grossen Haufen; je weiter von der Impfstelle, desto spärlicher wurden sie im Oedem. Impfungen anderer Meerschweinchen von der necrotischen Impfstelle des ersten oder aus deren nächster Nähe brachte immer den Tod nach wenigen Tagen unter gleichen Erscheinungen zu Stande; das wurde durch 7 Generationen constatirt, nur trat allmälig der Tod immer später ein, zuletzt in 7 Wochen. Geschah aber die Weiterimpfung nicht aus der unmittelbaren Nähe der Impfstelle, sondern weiter aus dem mit Oedem durchtränkten subcutanen Gewebe, so wurden die Impflinge zwar krank, waren aber in 4—5 Tagen wieder gesund. Die Section der an Diphtheritis verstorbenen Meerschweinchen ergab an den inneren Organen regelmässig den gleichen pathol. Befund (siehe Original), aber niemals wurden Löffler'sche Bacillen in irgend einem Organe oder im Blute gefunden und Impfungen von diesen aus waren immer negativ.

Geschah die Impfung mit Reinculturen nicht unter die Bauchhaut, sondern in die Schleimhaut des Maules, der eröffneten Trachea, der Vulva etc., so waren positive Erfolge nur in der Hälfte der Fälle da. In der Trachea bildete sich eine ausgesprochene Membran. In dieser und in der unterliegenden entzündeten Schleimhaut reichliche Bacillen (Impfungen von hier aus positiv) — die inneren Organe und die Korpersäfte wieder durchaus frei von Bacillen.

Ausser Meerschweinchen sind Tauben und Hühner sehr empfänglich für Diphtheritis. Wurden solchen durch eine Tracheotomiewunde Reinculturen auf die Trachealschleimhaut gebracht, so entwickelte sich dort nach 24 Stunden eine starke Membran, die fast ausschliesslich aus pathogenen Diphtheriebacillen bestand. Tod der Thiere am 3.—7. Tage. An den inneren Organen keine Veränderung.

Ausser den Löffler'schen Diphtheriebacillen fanden sich in den Membranen und unter denselben noch andere Mikroorganismen, die Beck alle untersuchte und auf Virulenz prüfte. Sie erwiesen sich alle als bedeutungslos. Nur den *Streptokokken*, die B. fast in sämmtlichen Fällen fand, gebührt wohl die grösste Beachtung. In der Regel liegen sie den Membranen auf, doch ziehen auch lange Stränge in die Tiefe bis in das noch unversehrte Gewebe hinein. In den schweren Fällen von Diphtherie finden sie sich in den inneren Organen, besonders Lungen, Lymphdrüsen und Nieren. Das Blut ist frei von ihnen. — Subcutane Impfungen von Reinculturen der Streptokokken riefen bei Kaninchen Oedeme an der Impfstelle und bei einigen Gelenkentzündungen hervor, die aber alle heilten. Ein so geimpftes und noch krankes Kaninchen wurde getödtet. In den Gelenken fand sich ein serös-eitriger Erguss; in dieser Flüssigkeit, sowie in den Nieren, der Milz und im Blute fanden sich zahlreiche Streptokokken. Impfungen auf die eröffnete Trachea und andere Schleimhäute waren bei Kaninchen erfolglos.

Impfversuche mit Streptokokken waren bei Meerschweinchen, Tauben und Hühnern, die so empfänglich für Diphtheriebacillen sind, resultatlos.

Die menschliche Diphtheritis hat B. an 52 Fällen (meist aus der v. Bergmann'schen Klinik) studirt; 37 Fälle davon starben und wurden secirt. Während des Lebens wurden Stückchen der Membranen aus den Fauces oder aus der eröffneten Trachea untersucht, bei den Verstorbenen pathol.-anatomische und bacteriologische Untersuchungen gemacht. Einen ganz besonderen Werth erhält die Arbeit B.'s auch gerade durch diese Kranken- und Sectionsgeschichten, die einer Fülle von jedem Arzte gesehener Thatsachen die rechte Erklärung geben.

Ueber das Verhältniss von Diphtheriebacillen und Streptokokken sagt B. wörtlich: „Ob den Streptokokken eine wesentliche Bedeutung bei der Aetiologie der menschlichen Diphtheritis beizumessen ist, ist zweifelhaft. Offenbar handelt es sich bei dem Eindringen dieser Mikroorganismen um eine secundär entstandene Allgemeininfection. In einigen von mir untersuchten Fällen und zwar in frischen Diphtheriefällen fehlten diese Kokken. Andererseits aber war der ganze Organismus von ihnen durchseucht bei Fällen von schweren Allgemeinerscheinungen und sie fanden sich hier in ganz entfernten Organen. — In 2 Fällen von ganz frischer Diphtheritis konnte ich genau constatiren, dass zunächst der Belag nur aus Diphtheriebacillen bestand, während erst nach 3 Tagen und den folgenden massenhaft Streptokokken denselben durchsetzten. — Nach meinem Dafürhalten könnte man wohl annehmen, dass die Löffler'schen Stäbchen einen für die Entwickelung der Streptokokken günstigen Nährboden vorbereiten und dass diesen letzteren dann von der Stelle der ursprünglichen localen Affection der Weg in die Blutbahn geöffnet wird. In Folge davon treten dann schwere septische Erscheinungen auf, wie sich ja auch gerade bei diesen schweren Fällen von Diphtherie, wo gewissermaassen mehr die Sepsis in den Vordergrund tritt, in den inneren Organen, Milz, Leber, Nieren und Lymphdrüsen diese Mikroorganismen nachweisen lassen."

Beck hat seine Untersuchungen unter R. Koch's Leitung im Berliner hygienischen Institute gemacht. Das mehrt die Garantie, dass die Resultate der Untersuchungen der kritischen Controlle gegenüber Stand halten werden. Dies angenommen, leuchtet die grosse Bedeutung dieser Resultate jedem Arzte ein. Jedem, denn wem weckte das Wort „Diphtheritis" nicht die schwersten Erinnerungen aus seiner Berufsthätigkeit. Und nun findet er die Cardinalfragen: Ist die Diphtheritis eine ursprünglich locale Krankheit, die später den Körper allgemein inficirt (und wie geschieht diese Infection), ist sie von vornherein eine allgemeine und die Membranen im Rachen nur der Rauch, der den entfernten Feuerherd verräth, hat die locale Behandlung einen Sinn oder ist sie ein Bekämpfen des Rauches — ja diese Cardinalfragen sind hier beantwortet und die Antwort wird nicht ermangeln befruchtend auf die Behandlung zu wirken.

Masing.

Paul Guttmann: Ueber Salipyrin. (Berl. klin. Woch. № 37, 1890.)

Salipyrin ist eine in der chemischen Fabrik von Riedel dargestellte Verbindung, welche in 100 Theilen 57,7 Antipyrin und 42,3 Salicylsäure enthält; ein weisses, krystallinisches Pulver, geruchlos, von nicht unangenehmem, herbsäuerlichem Geschmack, in Wasser schwer, in Alkohol dagegen leicht löslich. Verf. hat therapeutische Versuche mit diesem Mittel im Krankenhaus Moabit zu Berlin angestellt. Die Ergebnisse waren folgende: das Salipyrin erniedrigt die fieberhafte Körpertemperatur und zwar erwies sich als zweckmässig eine erste Dosis von 2,0, darauf in stündlichen Intervallen 4 Dosen von je 1,0. Diese Gesammtmenge von 6 Gramm bewirkt ein Sinken der Temperatur von $1\frac{1}{2}$—2° C. Nach 3—4 Stunden ist der niedrigste Grad der Remission erreicht und nach weiteren 4—5 Stunden gelangt die Temperatur gewöhnlich wieder auf ihre ursprüngliche Höhe, dabei tritt kein Frost ein. Das Absinken der Temperatur geschieht unter nicht unangenehmem Schweissausbruch. Stärker wirkt



das Salipyrin, wie übrigens alle antifebrilen Mittel, bei den weniger resistenten, remittirenden Fiebern. Bei Phtisikern kann man schon durch 3—4 Gramm des Mittels, in 2—3 Stunden gegeben, eine Erniedrigung der Temperatur um 2° C. erzielen. Bei acutem Gelenkrheumatismus wirkt das Salipyrin auch ganz günstig, allein vor Recidiven schützt es ebenso wenig, wie die Salicylsäure. Pro die wurden 6 Gramm in 2 stündlichen Intervallen à 1,0 verabfolgt. Auch beim chronischen Gelenkrheumatismus, rheumatischer Ischias hat Verf. günstige Wirkung des Salipyrins gesehen. Unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht constatirt, selbst bei Patienten, die 2 Wochen lang das Mittel gebraucht haben und im Ganzen bis 105 Gramm zu sich nahmen.

In einem Falle trat ein Arzneiexanthem ein, es verschwand aber bald.

Auf Grund seiner Versuchsergebnisse erklärt Guttmann das Salipyrin für ein ganz brauchbares Arzneimittel, das für die gleichen therapeutischen Zwecke, wie Antipyrin und Salicylsäure Verwendung finden kann. Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Albert Fränkel: **Pathologie und Therapie der Krankheiten des Respirationsapparates.** I. Diagnostik und allgemeine Symptomatologie der Lungenkrankheiten. In Vorlesungen für Aerzte und Studirende. Wien und Leipzig 1890. Urban & Schwarzenberg.

Unter den in der letzten Zeit erschienenen Handbüchern der spec. Pathologie und Therapie ist das jüngst bei Urban & Schwarzenberg erschienene, von dem bewährten Kliniker, Prof. Fränkel verfasste Werk, welches nur die Lungenkrankheiten umfasst, wohl als das bedeutendste zu bezeichnen. Es ist die klare, fesselnde, eigenartige Darstellungsweise der schon bekannten und neuerdings erworbenen Thatsachen auf dem Gebiete der Lungenpathologie, eine ausführliche Besprechung einzelner, sonst in den Lehrbüchern zu vermissender Capitel, es ist schliesslich die streng pathologisch-anatomische und physiologische Basirung der einzelnen Thatsachen, was das Werk als ein höchst lehrreiches und gediegenes erscheinen lässt, wie das übrigens vom bewährten Autor nicht anders zu erwarten war.

Als höchst dankenswerth erscheint die Mühe des Verfassers, die Lehre vom Auswurf einer ausführlichen Besprechung unterzogen zu haben, weil, wie der Verf. mit Recht hervorhebt, abgesehen von der praktischen Bedeutung, seit Biermer's vor mehr als dreissig Jahren veröffentlichter Monographie über diesen Gegenstand keine neuere Arbeit in die Oeffentlichkeit gelangt ist.

Bis jetzt ist nur der erste Band erschienen, enthaltend den allgemeinen Theil, getheilt in 10 Vorlesungen, welche successive folgende Capitel behandeln: zunächst die am Respirationsapparate selbst wahrzunehmenden Erscheinungen, und zwar die Athmung, dann die Anomalien im Bereiche der Thoraxwand, die physikalische Untersuchung der Lunge und das Verhalten der Stimme, den Husten, und endlich die Lehre vom Auswurf.

Weiterhin wird das Verhalten der übrigen Organe und ihre Betheiligung bei den Krankheiten des Respirationsapparates besprochen und zwar zuerst die pathologische Wechselbeziehung zwischen Circulations- und Respirationsapparat, dann das Verhalten der Temperatur und der Haut bei den Lungenkranken, die Erscheinungen seitens des Harnapparates, die Störungen und Complicationen seitens des Digestionstractus und der übrigen Unterleibsorgane und schliesslich werden in der zehnten Vorlesung die pathologischen Vorgänge im Gebiete des Nervensystems abhängig von der Erkrankung der Lunge erwähnt. — Streng auf Physiologie und Pathologie fussend, hat Verf. die Aufgabe, die er sich gestellt, glänzend gelöst, und ein gediegenes und lehrreiches Werk geliefert, dessen Fortsetzung, dem speciellen Theil der Lungenpathologie, wir mit Spannung entgegensehen.

Die Ausstattung des Buches ist vortrefflich. Pendin.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 22. September 1889.

Herr Sahmen referirt folgenden Krankheitsfall:

Eine 56-jährige, von einer Apoplexie betroffene Patientin, bei welcher sich Aphasie und Hemiplegie fast völlig zurückgebildet hatten, litt seit einiger Zeit an vorübergehenden Stuhlbeschwerden, die mit Schmerzen und Auftreibung des Leibes, mit leicht icterischer Hautverfärbung, Brechneigung und Appetitmangel einhergingen. Als S. am 20. August Vormittags zu der Kranken gerufen wurde, war ein besonders heftiger Anfall im Gange; es bestanden Leibschmerzen, Erbrechen und hochgradiger Meteorismus; das Abdomen wegen Schmerzhaftigkeit kaum palpirbar, Zwerchfell hochstehend. Ricinusöl wurde erbrochen; Wassereingiessungen und spätere Eingiessungen von Ricinusemulsion mittelst Irrigator blieben erfolglos. Eine Morphiuminjection brachte endlich mehrstündigen festen Schlaf. Am Abend derselbe qualvolle Zustand, dieselbe Erfolglosigkeit jeder Maassnahme. Tags darauf wurde Prof. v. Wahl hinzugezogen, welcher übereinstimmend mit S. eine Darmocclusion und zwar Axendrehung im S. romanum vermuthete, da es nicht gelingen wollte, das elastische Rohr höher als bis zum bezeichneten Orte einzuführen und das Wasser stets wieder abfloss. Wegen des scheinbar hochgradigen Meteorismus wurden mehrere Punctionen mit starker Pravaz-scher Nadel gemacht, jedoch ohne, dass es zu irgend welchem Gasaustritt gekommen wäre. Eine Laparotomie unterblieb wegen bedrohlicher Pulsschwäche. Schon um 5 Uhr Nachmittags trat Exitus letalis ein.

Die Obduction erwies: hochgradige Lipomatose, namentlich des grossen Netzes und der Baucheingeweide; Einlagerung von flachen, wie Mikrokokkencolonien aussehenden Plaques in das subseröse Zellgewebe der Bauchhöhle, die sich in der Folge als krystallinisch ausgeschiedene Fettsäurekrystalle herausstellten; geringgradige Insufficienz und Stenose der Aortenklappen; Cholelithiasis. Einklemmung mehrerer Gallensteine im erweiterten Ductus choledochus (in der Nähe der Papilla Vateri) mässiger Gallegehalt des Chymus. Icterus nicht wahrnehmbar, *keine Kothstauung, keine Axendrehung, Einklemmung oder Intussusception; kein Exsudat in der Peritonealhöhle.*

Hochgradige Fäulniss (24 Stunden p. mort.), Trübung und fettige Degeneration des Herzmuskels, der Leber, Nieren. Verflüssigung des Milzgewebes, Ecchymosen, Hyperämie und geringes Oedem der Lungen, dunkelflüssiges Blut, Imbibition der Gefässhäute: Septicämie.

Herr Meyer hat im Sommer vor 2 Jahren folgenden, wenn auch nicht ganz analogen Fall beobachten können:

Eine Frau ist nach Ablauf ihres im Uebrigen normalen Wochenbettes 8 Tage lang völlig gesund. Vom 9. Tage ab Störungen von Seiten der Digestion. Am 11. Tage Schmerzen, Erbrechen, Meteorismus, Obstruction, endlich Erbrechen fäculenter Massen und einiger Spulwürmer, mässiges Fieber, kleiner Puls. Anwendung von Opium; Eingiessungen in Knieellenbogenlage resultatlos. Diagnose: Darmocclusion.

Nach Ausführung der Laparotomie durch Prof. v. Wahl fand sich dieser Voraussetzung entgegen neben einem noch an der moribunden Patientin nachgewiesenen linksseitigen parametritischen Exsudat eine purulente Peritonitis.

M. glaubt, dass dieser Fall einiges Licht auf die unerklärten Darmocclusionen zu werfen geeignet sei, indem der Meteorismus und die erfolglosen Eingiessungen höchst wahrscheinlich als Folge einer Darmlähmung aufgefasst werden dürften.

Die Sahmen'sche Patientin mag durch den apoplektischen Insult hierzu besonders disponirt gewesen sein; die Darmparalyse könne durch Reflexwirkung vom Duodenum her erklärt werden, und mache auch die spätere Resorption deletärer Stoffe in die Blut- und Lymphbahn verständlich.

Herr Dehio hält im alleinigen Hinblick auf die parenchymatös degenerirten Organe der Sahmen'schen Patientin eine stattgehabte Sepsis für nicht sicher. Der frühzeitige Tod konnte reflectorisch durch Herzchoc entstanden sein.

Sitzung am 2. März 1890.

Herr Hartge theilt einen Fall von *acutem Malleus* mit (veröffentlicht in № 26 dieser Wochenschrift).

In nachträglichen Demonstrationen wird auf den Unterschied von Rotz- und Tuberkelbacillen hingewiesen.

Wissenschaftliche Verhandlungen der Dorpater medicinischen Facultät.

Sitzung am 11. October 1890.

Vorsitzender: Herr R. Thoma.
Berichterstatter: Herr R. Kobert.

1) Herr Dehio spricht über **die Erkrankung der peripheren Nerven bei der Lepra anästhetica.** Auf Grund von mikroskopisch-anatomischen Untersuchungen, welche Herr Gerlach ausgeführt hat und in seiner Dissertationsschrift beschreibt, lässt sich nachweisen, dass die Flecke, welche bei der Lepra anästhetica auftreten, durch eine *lepröse* Infiltration der Haut hervorgerufen werden und nicht als einfach „trophische Störung“ oder als indifferente „Granularatrophie“ (Virchow) aufgefasst werden können. Die Anästhesie im Bereiche der Flecke wird dadurch bewirkt, dass die feinsten Endzweige der sensiblen Nerven innerhalb der Flecke von der leprösen Neubildung umwuchert und zerstört werden, *ohne* dass die zugehörigen grösseren Nervenäste und -stämme leprös erkrankt sein müssen; es entwickelt sich lediglich eine (nicht specifische) secundäre aufsteigende Degeneration derjenigen Nervenfasern, deren periphere Endigungen in den leprösen Flecken zerstört sind. — Falls die grösseren Nervenstämme (z. B. der des Ulnaris) von der leprösen Wucherung ergriffen werden, so lässt sich nachweisen, dass die letztere von den peripheren cutanen Endzweigen aufwärts fortschreitet und ihren Ausgang von der primär erkrankenden Haut nimmt; die motorischen Nervenzweige zeigen keine lepröse Infiltration, und erst wenn grössere gemischte Nervenstämme durch die lepröse Wucherung eine locale Zerstörung erleiden, so erfolgt von hier aus eine (nicht specifische) *absteigende secundäre Degeneration* des ganzen Nerven, welcher zur degenerativen Atrophie peripherer Muskel-



gruppen und vielleicht auch zur Anästhesie solcher Hautpartien führt, die nicht leprös infiltrirt sind.

Der Vortrag erscheint in extenso in dieser Wochenschrift.

2) Herr Kobert spricht: **Ueber Spermin.**

Lange bevor Brown-Séquard auf die Base aus Hodensubstanz, welche Schreiner[1]) entdeckt hat, die Aufmerksamkeit der ganzen Welt lenkte, hat der Vortragende dieselbe, nach Schreiner's Angaben, wenn auch nicht ganz rein, dargestellt, einer pharmakologischen Prüfung unterzogen und das Ergebniss dieser Prüfung in seinem Compendium der Toxikologie, welches 1887 erschienen ist, auf Seite 172 in das eine Wort „ungiftig" zusammengefasst.

Als im Laufe des letzten Jahres die bekannte Weltfirma *Parke, Davis & Comp.* aus Stierhoden das Präparat in den Handel brachte, sandte sie zwei Portionen desselben an den Vortragenden, welcher es in milligrammatischen Dosen für Frösche und Katzen unwirksam fand, selbst wenn die Injection in's Blut stattfand. Grössere Dosen anzuwenden erlaubte die zum Theil zu chemischer Prüfung verbrauchte Substanz leider nicht. (Dieselbe wird den Anwesenden herumgereicht und bildet ein unter dem Mikroskop krystallinisches Pulver).

Nächst der genannten Firma hat dann Prof. Poehl in St. Petersburg das Spermin in den Handel gebracht, aber nicht in trockener Form, sondern in Gestalt einer sterilisirten Lösung. Mit dieser Lösung hat Prof. Tarchanow Versuche an Hunden angestellt und dabei dem Berichte Poehl's zufolge dieselbe keineswegs wirkungslos gefunden, vielmehr sah er an drei von 7 Hunden *bedeutende Steigerung des Blutdruckes*, sowie *Verlangsamung und enorme Verstärkung des Pulses* eintreten. Bei den vier anderen Versuchsthieren sah er nichts derartiges. Entsprechend den ersten 3 Versuchen Tarchanow's constatirte auch Roschtschinin einen *bedeutenden Höhenzuwachs der sphygmographischen Curve* bei Menschen.

Auf dem internationalen Congress hat Herr Poehl von den negativen Versuchen nicht geredet, sondern *die genannten positiven Wirkungen als die typischen Sperminwirkungen angeführt.* Daraufhin hat der Vortragende sofort nach Beendigung von Poehl's Vortrag seinen Zweifeln an der Realität dieser Wirkungen Ausdruck gegeben und auf seine negativen Versuchsergebnisse verwiesen. Diesen Zweifeln stimmte auch Prof. Schmiedeberg bei; aber Prof. Poehl liess sich in seiner Ansicht nicht irre machen, sondern erklärte, er werde ein Sperminpräparat, welches alle diese Wirkungen besässe, nach Dorpat zur Untersuchung schicken. Vor einigen Tagen ist dieses Präparat in Gestalt von etwa 30 kleinen, mit sterilisirter Flüssigkeit gefüllten Phiolen hier angekommen und wurde vom Vortragenden sofort an Fröschen und Katzen versucht. Subcutaninjectionen waren ohne die geringste Wirkung; Einspritzungen ins Blut liessen ebenfalls *weder auf den Blutdruck, noch auf den Puls, noch auch die Athmung, noch auf das Allgemeinbefinden irgend eine Wirkung wahrnehmen,* selbst nicht, als die eingespritzte Menge langsam auf 0,23 (bei einer Katze von 2300 g) gesteigert wurde. In der Hoffnung, dass die von Poehl angegebenen Wirkungen etwa erst langsam einträten, wurde der Versuch zwei Stunden lang fortgesetzt, aber ohne, dass sich etwas änderte. Auch nach dem Losbinden und Vernähen der Wunde zeigte das Thier keine Besonderheiten, frass am folgenden Morgen wieder ordentlich und ist noch heute gesund. Mithin muss die *Behauptung, das Spermin von* Poehl *wirke auf Blutdruck und Puls energisch ein, als eine unrichtige zurückgewiesen werden.*

Es wäre nun wohl der Einwand möglich, dass in dem nach Dorpat übersandten Präparate zufällig kein Spermin enthalten gewesen sei. Aus diesem Grunde musste es als ein günstiges Ereigniss angesehen werden, dass die Firma: *Chemische Fabrik auf Actien zu Berlin, vormals Schering* fast gleichzeitig eine grössere Menge von synthetisch dargestelltem salzsaurem Diaethylendiimin s. Piperazidin ($C_4H_{10}N_2$) an den Vortragenden übersandte. Nach Ladenburg und Abel[2]) nimmt man nämlich an, dass dies die Base ist, deren phosphorsaures Salz Schreiner in den Händen gehabt hat, während Poehl allerdings behauptet, dass man aus Hodensubstanz das einfache Diaethylenimin erhält, wozu die von Schreiner berechnete Formel C_2H_5N stimmt. Poehl stützt sich bei dieser Angabe darauf, dass sein Präparat mit Goldchlorid und Magnesium einen Spermageruch geben soll, der der Ladenburg'schen Base nicht eigen ist. Nun *konnten aber weder Prof. Dragendorff, noch der Vortragende am Poehl'schen Präparate diesen Geruch wahrnehmen,* so dass alle darauf basirenden Schlüsse hinfällig werden. Es wurden nun mit dem Präparate aus Berlin, welches den Anwesenden in prachtvollen Krystallen demonstrirt wird, ganz dieselben Versuche angestellt wie mit dem Poehl'schen und dabei ebenfalls *keine Blutdrucksteigerung oder Pulsverlangsamung* wahrgenommen, selbst wenn die Beobachtung zwei Stunden lang fortgesetzt und noch grössere Dosen gegeben wurden, als oben angeführt worden sind. Bei den grossen Dosen trat gleich nach der Injection sogar eine kurzdauernde Blutdruckserniedrigung ein. Wir müssen somit hier constatiren, dass *sowohl das animalische wie das synthetische Spermin auf Katzen und Frösche völlig unwirksam sind,* wofern wir von den Verhältnissen der geschlechtlichen Erregtheit absehen, die Vortragender quantitativ zu messen nicht in der Lage war. Auffallend verändert waren übrigens auch diese nicht. Da nun aber ein so solider Beobachter, wie Prof. Tarchanow, drei Mal nach Poehl'schen Präparaten auffallende Blutdrucksteigerung und Pulsverlangsamung wahrgenommen hat, so liegt es nahe anzunehmen, dass Herr Poehl gerade bei diesen 3 Präparaten wirksame Verunreinigungen darin gelassen, d. h. die letzten Spuren von Baryt, welche bekanntlich schwer zu entfernen sind, bei der Zersetzung der Phosphorwolframniederschläge übersehen hat. Durch die Analyse von Fränkel ist dies ja zur Gewissheit erhoben worden. *Barytsalze machen nämlich,* wie längst bekannt ist und wie Vortragender durch Herrn Bary[3]) von Neuem hat feststellen lassen, *gerade die zwei Wirkungen, welche in jenen 3 Fällen auftraten, nämlich Pulsverlangsamung und Blutdrucksteigerung,* die mit einem bedeutenden Höhenzuwachs der Pulscurve verbunden zu sein pflegt.

Wenn somit das Spermin auch auf Thiere als ganz unwirksam bezeichnet werden muss, so ist damit noch nicht gesagt, dass es für die medicinische Wissenschaft ohne Interesse sei. Sein massenhaftes Vorkommen bei Leukämie im Blute, im Sputum bei Asthma etc. macht es vielmehr zu einem für uns äusserst wichtigen Körper, dessen Entstehung nachzuspüren wir uns ernstlich bemühen müssen. Gleichzeitig gestatten derartige Kranke die Wirkung des Spermins auf die Sexualität zu beurtheilen: *Wenn die Base wirklich geschlechtlich reizend wirkt, so müssen solche Patienten an geschlechtlicher Ueberreizung leiden.* Aus der ganzen Literatur hat Vortragender aber nur *einen einzigen Fall* gefunden, wo etwas derartiges beobachtet worden ist, nämlich bei einem Leukämiker. *Mithin ist die Wahrscheinlichkeit, dass wir dies Mittel als sexuelles Stimulans werden benutzen können, recht gering.* Da es aber unschädlich ist, so kann pharmakologischerseits gegen rationelles Prüfen desselben an Kranken, natürlich ohne, dass diese den Zweck der Versuche erfahren, nichts eingewandt werden.

Vom Standpuncte der Geschichte der Medicin betrachtet, ist die Brown-Séquard'sche Behandlungsmethode ein *Rückfall in praehistorische Anschauungen,* nach denen man das Herz als Sitz des Muthes ass, um sich muthig zu machen und die Hoden vom Stier, Eber und Bären ass, um grössere Zeugungskraft zu bekommen. Vortragender hat sich in diesem Sinne bereits in einem Artikel der Fortschritte der Medicin am 1. November 1889 ausgesprochen.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— In der Berliner med. Gesellschaft referirte Hermes über einen sehr interessanten Fall: Ein junges Mädchen, 17 Jahre alt, verschluckte im September 1889 eine Nähnadel. Von dieser Zeit an stellten sich intensive Magenschmerzen ein, die sich beim Gehen und Aufrichten noch steigerten. Nach einem halben Jahre stellte sich die Patientin Prof. Sonnenburg vor; dieser constatirte in der Mitte zwischen Nabel und Schwertfortsatz eine Resistenz, die einen streng localisirten Schmerz verursachte. Nach Durchtrennung der Bauchdecken fand der Operateur an der hinteren Partie der Fascia transversa eine Hervorwölbung, einer Hernie ähnlich. An dieser Stelle ward das Bauchfell eröffnet und es präsentirte sich ein Stück Netz, in welchem die Nähnadel deutlich zu fühlen war. Wahrscheinlich perforirte die Nadel die Magenwand und drang in das Netz ein. Patientin wurde geheilt entlassen. (Berl. kl. Woch. № 28).

— A. Hoffmann (Darmstadt) empfiehlt das *japanische Pflanzenfaserpapier* als Ersatz für Oblaten und Gelatinecapseln zum Einhüllen pulverförmiger Arzneimittel. Das Papier, in Japan unter dem Namen „Usego" bekannt, ist äusserst zart und dünn, dabei sehr schwer zerreissbar. Es besteht aus Bastfaserzellen. Das Papier wird mit der pulverförmigen Substanz zusammengedreht zu einem kleinen Beutelchen, ähnlich den Knallerbsen. Hoffmann hat im Schmiedeberg'schen Laboratorium nachgewiesen, dass die Resorption der Arzneimittel durch diese Einhüllung nicht verzögert wird.

(Allgem. med. Centr.-Ztg. Heft 51 1890.)

— Voituriez empfiehlt, gestützt auf die bekannte anästhesirende Eigenschaft der Kohlensäure, zu kurzdauernder Anästhesirung einer Hautstelle, dieselbe mit dem Inhalte von 2—3 Flaschen Selterswasser zu übergiessen. Die Anästhesie hält etwa 5 Min. an.

— Hugh Woods (Brit. med. Journ. 10. Aug. 1889) hat einen Fall von *Status epilepticus* erfolgreich mit 2-maligen Einathmungen von 0,20 Amylnitrit behandelt.

(Bullet. de thérap. CXVIII, pag. 135).

[1]) Das erste und fast einzige Referat, welches in den ersten Jahren nach der Entdeckung über die Schreiner'sche Base in die medicinische Literatur Eingang gefunden hat, stammt vom Vortragenden und findet sich in Schmidt's Jahrbüchern, Bd. 191, pag. 4.

[2]) Bericht d. deutsch. chem. Ges. Jahrg. 21, 1888, p. 758.

[3]) A. Bary: Beiträge zur Baryumwirkung. Inaug.-Dissert. Dorpat 1888.



XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Dr. Carl Dehio, Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder, St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — **Referate** werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 43 St. Petersburg, 27. October (8. November) **1890**

Ueber Extrauterinschwangerschaft.

Beobachtungen aus der Dorpater Frauenklinik.

Von

Prof. Dr. Otto Küstner.

Folgende Beobachtungsreihe ist im Zeitraume von $2^1/_2$ Jahren gewonnen. Sie illustrirt einige Formen, in welchen die Extrauterinschwangerschaft während der ersten vier Monate in Erscheinung tritt und liefert zugleich einen Beitrag zu dem Capitel über die Therapie dieser fehlerhaften Eiimplantation. Wenn auch Beobachtungen dieser Art in letzter Zeit sich sehr häufen, und das klinische wie anatomische Bild der Extrauterinschwangerschaft in erfreulicher Weise bereits an Schärfe gewonnen hat, so entbehrt dasselbe noch an manchen Stellen der erforderlichen Durchsichtigkeit und Klarheit. Deshalb dürfen derartige Beobachtungsreihen, wie die folgende ist, einige Bedeutung beanspruchen.

Es handelt sich um fünf Fälle. Alle stammen aus der ersten Hälfte der Schwangerschaft. In vieren war der Foetus schon vor der Operation abgestorben, wogegen am Fruchthalter bereits die consecutiven Vorgänge der Involution Platz gegriffen hatten. Diesen Process bezeichne ich im Folgenden mit dem Ausdruck: «abortiver Verlauf der Extrauterinschwangerschaft». Das ist eigentlich nicht erlaubt, weil dieser Ausdruck bereits für eine besondere Form der Unterbrechung der Tubengravidität vergeben ist.

Durch Werth's epochemachende Untersuchungen war nämlich festgestellt worden, dass bei Tubengravidität eine Ausstossung des Eies durch das Ostium abdominale tubae in früher Zeit der Gravidität stattfinden kann, und diesen Vorgang nannte Werth Abort der Tubengravidität. Dieser Ausdruck war um so treffender, als dieser Process, ebenso wie die analoge verfrühte Ausstossung des Eies bei Uterusgravidität durch die Cervix, auch unter Begleitung von Blutung, und zwar hier in die Bauchhöhle, erfolgt.

Diese Form der vorzeitigen Unterbrechung der Tubengravidität ist wohl relativ selten; viel häufiger erfolgt die vorzeitige Unterbrechung der ectopischen Schwangerschaft durch Fruchttod; und dann wieder ist es das häufigere, dass das Schwangerschaftsproduct an der Stelle seiner primären Einbettung verbleibt, als dass es noch in das Abdomen ausgestossen wird.

Ich meine nun, man soll alle Formen der frühzeitigen Unterbrechung der ectopischen Schwangerschaft mit dem Ausdruck «abortiver Verlauf» bezeichnen. J. Veit konnte sich dazu auf dem III. Congress der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie noch nicht entschliessen; wir werden es aber doch wohl thun müssen, da sonst dieser geläufige geburtshilfliche klinische Begriff nur für sehr wenige anatomisch nachgewiesene und nachzuweisende Fälle übrig bleibt und wir für ein sehr häufiges klinisches Bild eines passenden Ausdruckes entbehren. Für die besondere von Werth entdeckte Form des Tubenabortes gehört ein besonderer Name. Ich meine, man kann um denselben kaum in Verlegenheit sein.

Fall 1. Rechtsseitige Tubengravidität vor etwa $^1/_2$ Jahre im 2.—3. Monat abortiv verlaufen. Laparotomie. Exstirpation des Tubensackes. Wenig gestörte Genesung.

Frau P., Jüdin, 26 Jahre alt, hat zweimal geboren, das erste Mal 1884, wonach sie angeblich eine Gebärmutterknickung acquirirte und einen Ring tragen musste, wenn auch, wie sie meint, mit geringem Nutzen; das zweite Mal 1886 im November; dieses Kind stillte sie 1 Jahr und 2 Monate. Während der ersten 4 Monate blieben die Menses aus, kehrten aber dann mit ziemlicher Regelmässigkeit alle 6 Wochen wieder, um Anfang des Jahres 1888 auf noch etwas länger als 6 Wochen auszubleiben.

Vom 23. März 1888 an stellten sich jedoch wieder Blutungen ein und zwar nicht sehr reichlich, aber verbunden mit sehr starken Schmerzen im Unterleibe. Die Blutungen dauerten continuirlich an bis zum 20. Juli, um auf 8 Tage zu sistiren. Die Schmerzen überdauerten aber die Blutungen, ebenso Appetitlosigkeit, Uebelkeit und zeitweise auftretendes Erbrechen. Fieber hat, wenn vielleicht zeitweise bestanden, sicher keinen sehr hohen Grad erreicht. Seit Mai kennen die behandelnden Aerzte eine Geschwulst im Unterleibe; dieselbe habe an Grösse eher ab- als zugenommen. Schon an die erste Wahrnehmung dieser Geschwulst hat sich die Vermuthung einer Extrauterinschwangerschaft mit todtem Foetus geknüpft, eine Vermuthung, welche der Patientin gegenüber auch schon damals Ausdruck gefunden hat.

Der Tastbefund vom 5. September ist in beifolgender Skizze (Fig. 1) wiedergegeben. In dieser wie in den folgenden Skizzen stellt das Schraffirte den Fruchtsack dar.

Vom Becken aus ist vom Tumor rechts und hinten ein kleines Segment zu tasten, Tumor nebst Uterus sind einigermaassen beweglich, aber in toto, eine isolirte Bewegung lässt sich bei vorsichtigem Tasten weder dem Uterus noch dem Tumor ertheilen.

Die Consistenz des Tumors ist teigig hart. Alle diagnostischen Palpationen sind recht empfindlich.

Die übrigen Organe sind gesund. Abends bestehen mitunter Temperatursteigerungen bis auf 38,5. Ord.: Bettruhe, Narcotica, Priessnitz auf den Leib.

In den folgenden Wochen änderte sich am Befinden wenig, noch weniger am Befund. Zeitweise traten recht heftige Brechattaquen auf, Anfang September bestand eine mehrtägige Uterinblutung, Ende dieses Monats aber nahmen die Brechneigung und die Schmerzen im Unterleibe wieder so erheblich zu, dass sie fast die Höhe des Beginnes der Erkrankung im Mai erreichten.

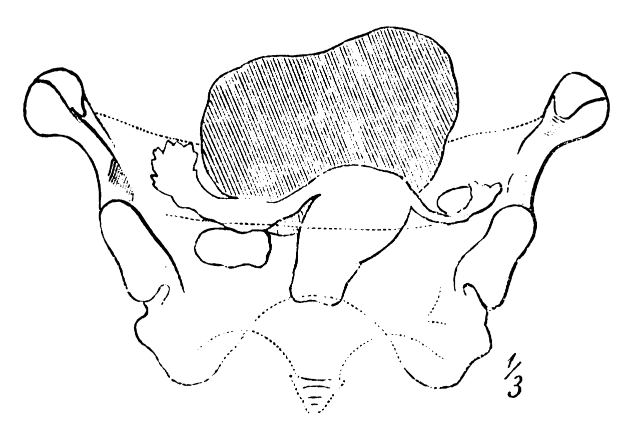


Fig. 1.

4. October 1888 Laparotomie:

Nach der Eröffnung des Abdomens fand sich der Tumor an der ganzen Vorderfläche von Dünndarmschlingen bedeckt und mit diesen verklebt. Diese Verklebungen wichen nur zum geringsten Theile dem Fingerdruck, mussten grösstentheils, da sie sehr kurz und breit, mithin nicht zu unterbinden waren, mit dem Pacquelin getrennt werden. Auch die hintere und die seitlichen Flächen des Tumors konnten nur so freigemacht werden. Schliesslich fand sich der Tumor nur noch mit der rechten Tube in schmalbasigem Zusammenhang, dieser wurde unterbunden, und der Tumor abgeschnitten.

Die Tube war hochgeröthet und stark verdickt; an der Stelle, wo der Tumor abgetrennt war, konnte man erkennen, dass nicht nur der abgetrennte Tumor einen Sack mit im Wesentlichen geronnenem Blute darstellte, sondern dass auch die Tube geronnenes Blut enthielt. Da die Verwachsungen der Tube mit der Umgebung sehr fest und nur unter nennenswerther Blutung zu trennen waren, zudem der Blutverlust bis dahin schon bedeutend gewesen war, so liess ich es bei der Exstirpation des Tumors bewenden. Keine Drainage, Schluss der Bauchwunde.

Bis zum 15. Oct. überstieg die Temperatur nur einmal, und zwar am Tage der Operation, 37,8. Vom 15. Oct. stieg die Temperatur unter zunehmenden Schmerzen in der Tiefe des Beckens bei absolut flachem Abdomen allmälig bis gegen 40°, während sich gleichzeitig von dem hinteren Scheidengewölbe und dem Rectum aus entsprechend dem Douglas'schen Raum eine Flüssigkeitsansammlung constatiren liess, welche auf der Höhe ihres Wachsthums angekommen, den Uterus stark anteponirte.

Am 26. Oct. Breite Eröffnung des Douglas von der Scheide aus, Ablassen einer klaren, bernsteingelben, nicht riechenden Flüssigkeit in einer Menge von etwa 800 Ccm.

Vom 29. Oct. fiel die Temperatur definitiv zur Norm, die Empfindlichkeit in der Tiefe des Beckens verschwand, so dass Anfang December Patientin gesund entlassen werden konnte.

Im Sommer des folgenden Jahres stellte sich Patientin wieder vor; sie hatte an Körperfülle bedeutend zugenommen, klagte jedoch noch über zeitweilig bestehende Schmerzen im Unterleibe. Uterus normal gelagert, beide breiten Ligamente und Tuben zart. Ovarien normal gross und unempfindlich.

Ein halbes Jahr später constatirte ich bei der Kranken eine Retroflexion, und als einige Monate später zur Controlle des Pessars Patientin wieder consultirt, sind die Beschwerden im Wesentlichen gehoben.

Die exstirpirte Masse stellt einen ovoiden, 11 Ctm. langen und 7 Ctm. Querdurchmesser haltenden muskulösen Sack von 3—7 Mm. Wandungsdicke dar, gefüllt mit einem Gerinnsel theils dunkelrothen, theils entfärbten Blutes. Beim Zerlegen in etwa 1 Ctm. dicke Scheiben stösst man nirgends auf einen Foetus oder makroskopisch als Eitheile zu erkennende Gebilde.

Die aus dem Douglas'schen Raume abgelassene Flüssigkeit enthielt nach der Untersuchung des Herrn Collegen Stadelmann viel Serumalbumin, reichlich Paraglobulin, auch Mucin, kein Pepton, kein Paralbumin; Prof. Kobert wies auch Harnstoff in nicht unerheblicher Menge darin nach.

Mikroskopisch reichliche Eiterzellen, welche viel Pigment enthalten.

Wenn die mikroskopisch-anatomische Durcharbeitung dieses Falles noch aussteht, und durch die bisherige Untersuchung das einzig untrügliche Charakteristicum für Extrauterinschwangerschaft, die Chorionzotten noch nicht nachgewiesen sind, so ist das nur geschehen, um das Präparat nicht zu zerstören und es für eine sorgfältige mikroskopische Untersuchung, welche auch die von den folgenden Fällen gewonnenen Präparate erfahren sollen, zu conserviren.

Trotzdem ist schon jetzt die exstirpirte Masse zweifellos als der Fruchtsack einer Tubengravidität anzusprechen. Der Beweis wird durch die Erfahrung, welche auf diesem Gebiete von anderen Operateuren gesammelt ist, erbracht. Die in den letzten Jahren genau untersuchten grossen Hämatome der Tube haben sich stets als Tubenschwangerschaften entpuppt. So verweise ich auf die Aehnlichkeit unseres Hämatoms mit der von C. Keller[1]) beschriebenen Tubenschwangerschaft. So kommt E. G. Orthmann[2]) auf Grund der Bearbeitung von 10 in A. Martins Privatklinik exstirpirten Tubenschwangerschaften aus früher Graviditätszeit zu dem Schlusse, dass, wenn wir im Inneren der Tube ein festes, organisches Blutcoagulum finden, wir mit einer an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf Tubenschwangerschaft stellen können.

Fall 2. Rechtsseitige Ovarialgravidität, etwa im 2. bis 3. Monat vor 2 Jahren abortiv verlaufen. Laparotomie. Exstirpation des rechten Ovariums mit dem Fruchtsack und 8 Ctm. Tube. Glatte, fast ungestörte Genesung.

Frau B. S. aus Ostrow, Deutsche, 32 Jahre alt, hat 2 Mal geboren vor 12 und 10 Jahren. Geburten und Wochenbetten normal.

Im December 1888 und Januar 1889 blieben die Menses aus, so dass Patientin sich gravid glaubte. Im Februar kehrten sie wieder, um im März und April wieder auszubleiben. Im Mai bekam Pat. angeblich nach einem heftigen Schreck Krämpfe im Unterleibe, welche 3 Tage lang anhielten und von einer sehr starken Blutung aus den Genitalien begleitet waren. Die Blutungen hielten fast 4 Wochen ohne Unterbrechung an; ein Abgang von häutigen Massen ist nicht bemerkt worden. Nachher stellte sich ein blutig-schleimiger Ausfluss ein.

Aerztliche Behandlung medicamentös, jedoch ohne Erfolg.

Am 15. October 1889 finde ich den Uterus etwas vergrössert: rechts und hinten von ihm, aus dem Becken nicht zu dislociren, ein rundlicher, elastischer Tumor von mehr als Hühnereigrösse.

Linkes Ovarium klein und an normaler Stelle.

Die Diagnose lautete auf Deciduoma uteri. Der Tumor rechts hinter dem Uterus konnte der Rest einer abortiv zu Grunde gegangenen Extrauteringravidität, oder, da Entzündung wegen Fehlens von nennenswerther Empfindlichkeit und Fieber auszuschliessen war, Neoplasma sein. Deshalb am 17. October Evidement des Uterus, Herausbefördern recht reichlicher Massen succulenter hypertrophischer Schleimhaut. Bald darauf Entlassung.

Am 20. Februar 1890 kehrte Patientin in meine Klinik zurück. Die Menses seien zwar regelmässig geworden, aber die Schmerzen im Kreuz, über welche sie seit Anfang vorigen Jahres klage, bestünden fort.

Befund wie am 15. October 1889.

Deshalb am 27. Februar Laparotomie.

Der Tumor erweist sich von fast Faustgrösse, ist sehr fest im Becken adhärent, scheint zum grösseren Theile in dem rechten Ligament eingebettet zu liegen, jedenfalls verläuft die Tube vor ihm (Fig. 2). Energische Versuche, die Adhäsionen im Becken zu trennen, Entgegendrängen von der Vagina aus, haben schliesslich zur Folge, dass die dünne Wandung des Tumors reisst, und etwa 3 bis 4 Esslöffel einer blass-röthlich-braunen, trüben, mit grauen Flocken vermischten Flüssigkeit in das Abdomen läuft. Darauf gelingt es, den jetzt schlaffen Sack in die Bauchwunde zu ziehen, ihn stumpf und mittelst Pacquelin aus seinen peritonealen Adhärenzen zu lösen, die Mesosalpinx zu unterbinden und Tumor sammt Tube zu entfernen. Da die linken Adnexa gesund befunden werden, werden sie zurückgelassen.

Convalescenz nicht ganz glatt, die Temperatur stieg 3 Mal auf 38,1 am 3., 13. und 15. Tage, einmal auf 38,4 am 22. und einmal auf 38,6 am 14. Tage nach der Operation.

Am 3. April finde ich den Uterus in Anteversion-Flexion, das rechte Ligament absolut zart und unempfindlich.

Ein acut aufgetretenes Eczem fesselt Patientin noch auf einige Wochen an die Klinik, am 25. April wird sie gesund entlassen.

Die exstirpirten Massen bestehen aus 7—8 Ctm. stark verdickter Tube, deren peripherer Theil, ebenso wie etwa die Hälfte des Fimbrienendes, breit mit der Substanz des Ovariums verlöthet ist.

[1]) Keller: Zur Diagnose der Tubengravidität. Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäk. XIX, 1.

[2]) Orthmann: Ueber Tubenschwangerschaft etc. Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäk. Festschr. zum internat. med. Congress 1890.



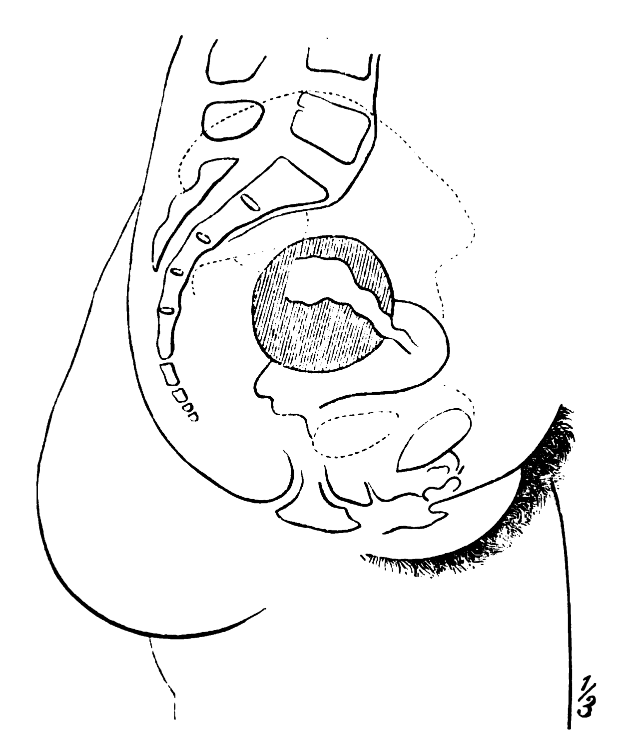


Fig. 2.

Von dem Ovarium ist etwa soviel Substanz vorhanden, als einem normalen Ovarium entspricht. An dasselbe lehnen sich die Fetzen des bei der Operation zerrissenen Sackes sammt den adhärenten peritonitischen Fäden und Strängen an. In dem Gewirr dieser Massen erkennt man das Segment einer von einer glatten Membran ausgekleideten Höhle, welche der Amnionhöhle zu entsprechen scheint. Peripher von dieser Höhle ist bereits mit unbewaffnetem Auge, sehr leicht natürlich mittelst des Mikroskopes, ein Filz von Chorionzotten erkennbar.

Fall 3 und 4. Vor 9 Jahren linksseitige Ovarialgravidität im 4. Monat abortiv verlaufen. Zwei Jahre darauf Geburt eines ausgetragenen Kindes. Vor 1 Jahre 7 Monaten rechtsseitige Tubengravidität im 3. Monat abortiv verlaufen. Laparotomie: Exstirpation des linken adhärenten Ovariums und der rechten abhärenten Tube. Fast glatte Genesung.

Frau M., Estin, 40 Jahre alt, war als Mädchen etwas schwächlich, hat 4 Mal geboren, immer am rechten Ende der Schwangerschaft, gesunde Kinder; das erste Mal vor 13, das letzte Mal vor 7 Jahren. Die Wochenbetten verliefen angeblich ganz normal, erheischten nie mehr als 10 Tage Bettruhe. Nach dem letzten Kinde ist bis auf unten zu erwähnende Störung die Regel regelmässig wiedergekommen.

Vor etwa 9 Jahren, also vor Eintritt der letzten ausgetragenen Schwangerschaft, blieben einmal 3 Menstruationen hintereinander aus. Pat. hielt sich für gravid um so eher, als, wie sie sich mit Bestimmtheit zu entsinnen glaubt, Schwangerschaftsbeschwerden in ihr von früher her bekannten Formen bestanden. Dann auf einmal erfolgte eine Blutung, welche 6 Wochen lang anhielt; jedoch sei keine Frucht, nur ein häutiger brauner Lappen abgegangen.

Im Anfang des Jahres 1889 blieb die Menstruation zwei Mal aus. Auch diesmal bestanden subjective Schwangerschaftssymptome; schliesslich ging Blut und etwas Haut, aber wieder nichts von einer Frucht ab. Dann stellte sich in 3-wöchentlicher Pause eine 8 Tage lange Regel ein, welche in diesem Typus bis zum heutigen Tage besteht. Besonders seit Anfang 1889, dem letzten Ausbleiben der Menses, klagt Pat. über permanente Kreuzschmerzen, welche jetzt eine fast unerträgliche Höhe erreicht haben sollen.

Der in Narkose aufgenommene Tastbefund ist in Fig. 3 wiedergegeben. Uterus normal gelagert, rechts hinter ihm ein voluminöser fester Körper im Becken adhärent, ebenso wie das deutlich als solches zu erkennende, wenig vergrösserte linke Ovarium.

Am 11. Sept. 1890 Laparotomie.

Nach der Eröffnung der Bauchhöhle lassen sich 2 Körper, welche den Ovarien zu entsprechen scheinen, hinter dem Uterus in der Tiefe des Beckens adhärent, tasten. Das linke Ovarium, noch nicht ganz auf das Doppelte vergrössert, lässt sich aus den umfangreichen Adhärenzen leicht stumpf mit den Fingern lösen und in die Nähe der Bauchwunde bringen und nach Unterbindung des Mesovariums exstirpiren. Der als rechtes Ovarium gedeutete Körper war viel grösser, etwa von der Grösse eines Gänseeies, liess sich ebenfalls unschwer aus den ihn im Bereiche seiner ganzen Oberfläche einhüllenden Adhäsionen lösen und nach oben bringen. Abbinden, Abbrennen. Schluss der Bauchwunde.

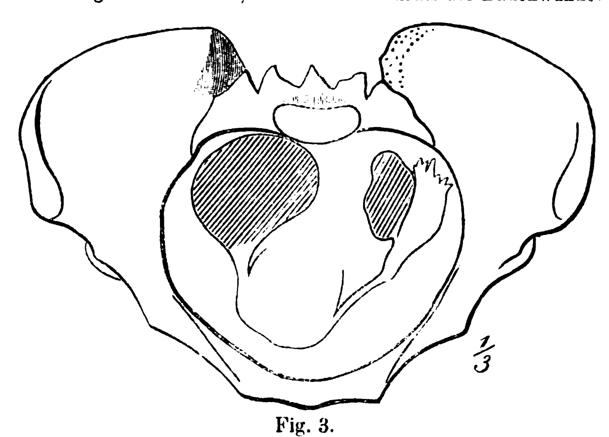


Fig. 3.

Bis zum 20. September Verlauf ohne jede Störung. Am 21. erkrankt Pat. plötzlich mit einer Temperatursteigerung auf 38,6 unter den Erscheinungen einer Lungenembolie. Etwas Hustenreiz, blutiges Sputum. Schon am 23. September übersteigt die Temperatur 37,3 nicht mehr; den 24. besteht kein Auswurf mehr; am 25. völlig normales Befinden. Entlassung am 15. October.

Das linke Ovarium weist ausser einigen zerrissenen perioophoritischen Strängen eine Höhle von der Grösse eines Pfirsichkernes auf, welche zwar mit einer glatten Membran ausgekleidet ist, jedoch viele Unebenheiten aufweist.

Spaltet man diese Membran an der der Oberfläche des Ovariums abgekehrten Fläche und entnimmt von dem unter dieser Membran gelagerten lockeren Gewebe, so erweist das Mikroskop untrüglich noch auffallend deutliche Chorionzotten.

Die rechterseits exstirpirte Masse ist ein 8 Ctm. langer und an der grössten Circumferenz 3 bis 4 Ctm. dicker Körper mit zu $^{3}/_{4}$ glatter, zu $^{1}/_{4}$ fetzig zerrissener Oberfläche. Der fetzig zerrissene Theil entspricht den Partien, mit welchen dieser Körper im Douglas'schen Raume adhärent war. Ausserdem trägt die Oberfläche das stark geschrumpfte Fimbrienende der Tube. Dieses entspricht in seiner Lage dem einen Pole des ovoiden Körpers, dem anderen Pole entspricht ein central gelegener Durchschnitt der Tube, wie am Lumen leicht zu erkennen ist, sammt den begleitenden Gefässen. Ein Querschnitt auf den Tumor ausgeführt, trifft in der Hauptsache eine leicht zu schneidende blutigfleischige Masse und eine kleine, mit einer glatten Membran ausgekleidete Höhle. Die fleischige Masse gleicht schon makroskopisch einer stark comprimirt gewesenen blutarmen Placenta. Jede Partie von hier entnommen und zerzupft, erweist sich unter dem Mikroskop als aus Chorionzotten bestehend.

Mit einer feinen Sonde gelangt man vom Fransenende in die Höhle, welche mit genannter fleischiger Masse ausgefüllt ist.

(Schluss folgt.)

Referate.

Kern (Stabsarzt): Kriegschirurgie des Sehorgans. (Beilage zur „Deutschen militär-ärztl. Zeitschrift“ № VIII, 1890).

Gestützt auf die umfassenden Angaben des „Sanitätsberichtes über die Deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich 1870/71“, bespricht Verf. die Eigenthümlichkeiten der Kriegsverletzungen des Sehorgans und die Anwendung der allgemeinen kriegschirurgischen Grundsätze auf die Behandlung derselben; jene werden durch die Beschaffenheit der modernen Kriegswaffen bedingt, diese leiten sich aus der Forderung eines aseptischen Wundverschlusses, sowie aus der Nothwendigkeit rascher Massenhilfe, frühzeitigen und ausgiebigen Verwundetentransportes u. dgl. m. ab. Demnach beanspruchen die in Rede stehenden Verletzungen eine gesonderte Betrachtung. Militärärzten und Kriegschirurgen wird mit der vorliegenden Arbeit gewiss gedient sein, aber auch der Augenarzt von Fach wird dieselbe gern zur Hand nehmen, zumal ja auch im Frieden oft genug Verletzungen vorkommen, die sowohl in der Art ihrer Entstehung, als auch in den sie begleitenden äusseren Umständen den Kriegsverletzungen analog sind (Selbstmordversuche, Jagdunglück etc.).

In formeller Hinsicht möchten wir ausser einer gewissen Schwere des Styles noch eine orthographische Inconsequenz rügen: mit der radicalen Ausmerzung des lateinischen *c* (Kornea, Koordination, Enukleation etc.) könnten wir uns, wenn auch nicht befreunden, so doch vertragen, wenn sie consequent durchgeführt würde; hier aber lesen wir am Anfange des Buches: „Akkommodation“, später dagegen wieder: „Accommodation“. Blessig.

W. Emil Feer: Ueber angeborene spastische Gliederstarre. Mittheilungen aus dem Kinderspital zn Basel. (Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. XXXI, Heft 3.)

An der Hand einer grossen Beobachtungsreihe bemüht sich Verf. ein klares und vollkommenes Bild der in Rede stehenden Erkrankung zu geben. Es handelt sich um eine Affection, über deren Pathogenese tiefgreifende Meinungsunterschiede herrschen. Während die einen Autoren den krankhaften Process in das Rückenmark verlegen, vermuthen andere eine Gehirnläsion, ja in manchen Lehrbüchern der Kinderkrankheiten wird die Affection mit der spastischen Spinalparalyse zusammengeworfen. Die Wahrnehmung der Krankheit geschieht gewöhnlich erst zur Zeit des Gehenlernens der Kinder, obgleich auch Fälle vorkommen, wo die Mutter oder Wärterin schon in den ersten Wochen die Beobachtung machen, dass die Beine des Kindes eigenthümlich steif sind. Die meisten Kinder lernen mit Hilfe Anderer stehen und an einer Wand entlang oder am Wägelchen gehen. Der Gang ist dann sehr charakteristisch: die unteren Extremitäten werden nach innen rotirt, in Hüfte und Knie leicht gebeugt, die Füsse zeigen die Equinovarusstellung. Beim Schreiten streifen sich die Knie, die Fussspitzen werden gewaltsam nach vorne geschoben, dabei werden die Oberarme an den Rumpf angelehnt, der Oberkörper vorgebeugt. Andere Kinder, die das Gehen nicht erlernt haben, rutschen auf dem Boden vorwärts, die steifen Beine nachziehend. In Fällen, die mit Hirnsymptomen einhergehen, sind auch die oberen Extremitäten stark afficirt: sie liegen dem Rumpf angepresst an, die Hände sind pronirt, die Ellbogen gebeugt, die Bewegungen der Finger sind steif und langsam; zuweilen treten auch athetotische und choreatische Bewegungen der Finger auf. Auch die Kopfnicker und die ganze Nackenmuskulatur können rigide sein. Da sehr häufig die Intelligenz gestört ist, so zeigt das Gesicht eine gewisse Starre der Züge, obgleich die Gesichtsmuskulatur an der Starre nicht betheiligt ist. Häufig constatirt man eine stossende, schleppende Articulation. In den meisten Fällen besteht Strabismus, zuweilen auch Nystagmus. Convulsionen gesellen sich oft zu den geschilderten Symptomen hinzu, das Bewusstein bleibt aber dabei erhalten. — Die erhöhten Sehnen- und Periostreflexe sowohl an den unteren, als auch an den oberen Extremitäten bilden nächst der Rigidität der Muskulatur ein wichtiges Symptom. Die Sensibilität ist intact, Blase und Mastdarm functioniren normal. Die electrische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven zeigt keine Abnormität. Was die Intelligenz anlangt, so erleidet sie in den leichteren Fällen, die man als rein spinale Formen bezeichnet hat (nach der Ansicht der Verf. mit Unrecht), keine Störung. In den schweren jedoch finden sich alle Uebergänge von gestörter Intelligenz bis zum ausgesprochenen Blödsinn. Bei den mit Idiotie verlaufenden Fällen gelingt es leicht eine Asymmetrie des Schädels wahrzunehmen. Der Verlauf der Krankheit ist ein chronischer, Besserung tritt zuweilen zwischen dem 10.—15. Lebensjahre auf, freilich nicht häufig.

Sehr interessant sind die Angaben, die sich auf die Aetiologie beziehen. Little, der eine grosse Anzahl von Fällen gesehen hat, gelangte zur Ueberzeugung, dass die Ursache der Krankheit in frühzeitiger, schwerer Geburt zu suchen sei. Von anderen Autoren wurden diese Angaben bestätigt. Verf. gelangt nach dem Durchsehen aller publicirten Fälle zu folgender Meinung: Die Fälle, welche ohne Hirnsymptome verlaufen, sind auf Frühgeburt zurückzuführen, die mit Hirnsymptomen dagegen auf schwere mit *Asphyxie des Kindes* einhergehende Geburt, (eine Thatsache, welche die Gefahren der Asphyxie für das Weitergedeihen des Kindes recht beleuchtet. Ref.). Weitere ätiologische Gesichtspuncte, wie Heredität, neuropatische Belastung, Lues etc. sind nicht immer aufzufinden. Nachdem Verf. eingehend den pathologisch-anatomischen Befund bei der angeborenen Gliederstarre geschildert hat (1. Bildungshemmung des Grosshirns, 2. Blutextravasate der Hirnrinde, anämische Encephalitis, wie sie in Folge der Asphyxie auftreten), giebt er zum Schluss einen Ueberblick über die Wirksamkeit der uns zu Gebote stehenden Mittel. Von grossem Nutzen erweist sich die mechanische Behandlung (passive Bewegung, Massage der afficirten Muskeln) neben der Tenotomie. Eine vorsichtige Galvanisation quer durch den Kopf ist möglichst früh anzuwenden. Auch die Galvanisation des Rückenmarks wird empfohlen. Gegen die Rigidität der Muskulatur warme Bäder.

Abelmann.

Prof. Schauta: Die Castration bei Osteomalacie. (Wien. med. Wochenschr. № 19.)

Nach einem kurzen Rückblick auf die bisherigen resultatlosen Forschungen auf dem Gebiete der Ursachen und der Behandlung der Osteomalacie (auch wiederholten Schwangerschaften sowie prolongirter Lactation ist unbegründeter Weise zu grosse Bedeutung zugetheilt worden), weist der Verfasser auf die günstigen Erfolge, welche in den letzten Jahren auf operativem Wege bei Osteomalacie erzielt worden sind, hin. Die Porro-Operation, die zunächst gar nicht in Erwartung einer möglichen günstigen Beeinflussung der Osteomalacie unternommen wurde, sondern zu der man wegen Ermöglichung der Geburt, bei den durch diese Krankheit gesetzten absoluten Geburtshindernissen, schritt, wurde, nach den erzielten günstigen Resultaten, der Anlass, auch bei nicht vorhandener Gravidität, ein ähnliches Vorgehen zu versuchen. Fehling machte im Januar 1887 zum ersten Male die Castration mit überaus glücklichem Erfolge, ausgehend von der Ansicht, dass im Wegfall der Geschlechtsthätigkeit der Grund der Heilung zu suchen sei.

Nach ihm haben auch andere die überraschend günstige Wirkung der Oophorectomie, selbst in schweren Fällen, constatirt. Selbstverständlich ist nur ein Stillstand des Processes und Consolidirung der erweichten Knochen, damit auch Gehfähigkeit, zu erzielen; die Difformitäten werden nicht rückgängig.

Der Verfasser fügt den früher veröffentlichten acht Fällen einen aus seiner eigenen Praxis hinzu. Es handelt sich um eine gut situirte 32jährige Frau aus dem Arbeiterstande, die, früher immer gesund, nach der dritten Geburt zum ersten Male stechende Schmerzen im Kreuz empfand. Im Laufe der nächsten Jahre haben sich die Schmerzen im ganzen Körper verbreitet, so dass Pat. nur hinkend gehen konnte. Nach 4 ¹/₂ jähriger Pause machte Pat. ein viertes Wochenbett durch, und konnte darauf das Bett nicht mehr verlassen. Mit Rücksicht auf die Aussichtslosigkeit einer anderen Therapie, wurde der Pat. die Castration vorgeschlagen. Beiderseitige Oophorectomie am 22. Juli 1889. Das Resultat überaus zufriedenstellend. Pat., die fast 1 ¹/₂ Jahr bettlägerig gewesen war, konnte das Bett verlassen und hat im Laufe der Zeit ihre sämmtlichen häuslichen Verrichtungen ohne Anstrengung wieder aufnehmen können; auch das früher anämische Aussehen hat einer gesunden Farbe Platz gemacht.

In Bezug auf die Erklärung der günstigen Erfolge, sowohl der Porro-Operation als der Castration bei Osteomalacie stehen sich zwei Ansichten gegenüber. Zweifel legt das Hauptgewicht auf die Verhinderung einer neuen Schwangerschaft, während Fehling in der Ausschaltung der Thätigkeit der Eierstöcke mit ihrem Einfluss auf den ganzen Organismus und in der Ausschaltung der Geschlechtsthätigkeit die Ursache der Erfolge sucht; dieser letzteren Ansicht neigt auch Schauta zu. Es sind nämlich Fälle vorgekommen (2 von Fehling, 1 von Hoffa, 1 von Schauta), bei denen trotz nicht wieder eingetretener Schwangerschaft eine Verschlimmerung des Zustandes constatirt wurde. Die bisherigen Resultate der Castration sprechen zweifellos für die Richtigkeit der Fehling'schen Ansicht.

Eines Falles gedenkt der Verfasser, bei dem nach vollzogener Porro-Operation an einer, seit fünf Jahren osteomalacischen Patientin, vollständige Genesung eintrat, obgleich aus technischen Gründen die beiden Ovarien in der Bauchhöhle zurückgelassen waren. Dieser Ausnahmefall lässt sich vielleicht dadurch erklären, dass es nach Wegnahme des Uterus zu keiner Menstruation mehr kommen konnte, und dass also der Heilerfolg der Castration durch den Wegfall der Menstruation bedingt sei. Jedenfalls ist beobachtet worden, dass bei Osteomalacie jede Menstruation eine wesentliche Verschlimmerung des Processes hervorruft. Einwandfrei ist diese Erklärung allerdings nicht. Vorläufig muss man sich damit begnügen, dass die Castration ein vortreffliches Mittel, Osteomalacie zu heilen, ist, wenngleich nicht alle Fälle für diese Operation sich eignen. Die Indication zur Operation muss so gestellt werden: Wenn längere Zeit nach Ablauf der letzten Schwangerschaft die Osteomalacie trotz aller therapeutischen Maassnahmen sich nicht bessert, oder gar weitere Fortschritte macht, so ist die Castration vorzunehmen.

Nachtrag. Ein weiterer Fall von puerperaler Osteomalacie, der von Kunz mit günstigem Erfolge für Mutter und Kind nach Porro operirt wurde, ist soeben im Corresp.-Bl. für Schweizer Aerzte vom 1. Oct. veröffentlicht worden.

Wanach.

Neumann: Bromoform bei Keuchhusten. (Therap. Monatsh. 7).

Verf. hat das von Stepp (cf. Ref. in dieser Woch. 1889, p. 280) sehr warm empfohlene Bromoform in 25 Fällen von Keuchhusten mit recht gutem Erfolge angewandt und zeigte sich in günstigen Fällen die Wirkung schon in wenigen Tagen. Er verordnete das Mittel nach Stepp: Rp. Bromoformii gutt. 20 ad 100 Aqua (mit Spiritus), 2-stündlich 1 Kinderlöffel voll in Zuckerwasser, scheint aber, seiner Epikrise nach zu urtheilen, doch nicht allzusehr für das Mittel zu schwärmen; das Bromoform sei ebenso wenig ein Specificum, wie Chinin, Antipyrin, Resin. Benzoës (insufflirt), beeinflusse aber meist die Anfälle günstig, ist dabei unschädlich und wird von den Kindern gern genommen.

Hinze.

F. Buzzi: Zur Kenntniss des Thiols. (Monatsh. für praktische Dermatologie Bd. VIII, № 7).

Das Thiol gehört zu der Gruppe der reducirenden Mittel, ebenso wie Ichthyol, Resorcin etc. Es ist ein Gemenge von geschwefelten Kohlenwasserstoffen, welches durch Behandlung mit Schwefelsäure (Sulfonirung) wasserlöslich gemacht worden ist. Das Wesentliche bildet auch hier der in der Verbindung enthaltene und wasserlöslich gemachte Schwefel.

Es unterscheidet sich, bei gleicher Anwendungsweise, vom Ichthyol:

1) durch den besseren Geruch und Geschmack;
2) durch die Billigkeit. (Nach dem Preiscourant der Pharm. Handelsgesellschaft beträgt der Unterschied nur 5 Kop. auf die Unze. Ref.).

Es kommt in 2 Formen zur Verwendung:
1) als Thiolum liquidum;
2) als Thiolum siccum, in Pulverform. Letzteres ist in Wasser vollkommen löslich.

Auch innerlich lässt es sich und zwar besser, als das Ichthyol anwenden.

Das Anwendungsgebiet sind folgende Formen: Erytheme, Eczeme, Intertrigo, Verbrennungen, Blasenaffectionen, Pemphigus, Zoster, als Streupulver mit Talcum, Amylum etc. 10—20%. Ferner bei Seborrhöe, Rosacea, Acne vulgar. etc.

Auch in der Chirurgie dürfte es gute Verwendung finden.

E. Krug (Hungerburg).

Tetz: Die Behandlung der serösen Pleuritis mit Natrium salicylicum. (Therap. Monatsh. 7).

Aufrecht hat 1883 im II. Heft seiner pathologischen Mittheilungen seine Beobachtungen über die Wirkung des salicylsauren Natron bei seröser Pleuritis veröffentlicht und entschiedenen Erfolg davon gehabt. T. wundert sich darüber, dass der Vorschlag eines so nüchternen Beobachters, wie Aufrecht, so gut wie gar keine, oder nur ablehnende Berücksichtigung in der Literatur gefunden und lobt das Mittel nach seinen Erfahrungen sehr. Er hat, seitdem er dasselbe braucht, kein einziges Mal eine seröse Pleuritis operativ behandeln müssen, während er in 10—12 Fällen geradezu überraschende Resultate erhalten hat, sowohl bei frischen, als bei chronischen Pleuritiden. T. giebt das Natr. salicylic. in Grammdosen, 4—5 pro die (Aufrecht giebt 5,0 bis 6,0 pro die) im Beginne der Krankheit, später 3—4 tägliche Dosen, hinter einander aber nur 7—8 Tage. Das Mittel wurde fast immer gut vertragen, in frischen Fällen und bei geringem Exsudate trat Heilung schon nach 2—3 Tagen ein, die Temperatur sank, die Diurese vermehrte sich stark; in schwereren Fällen muss das Mittel längere Zeit mit Unterbrechungen gegeben werden.

Hinze.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 16. Mai 1890.

1) Dr. Bertels (als Gast): „Ueber einen Fall von Angina herpetica". (Der Vortrag ist in extenso in № 35 dieser Wochenschrift erschienen).

Dr. Carlblom hat mehrfach Angina herpetica beobachtet. In einem Falle bestand gleichfalls eine Combination mit Phthisis. Gelegentlich einer Consultation hat er vor Kurzem am weichen Gaumen einen Bläschenausschlag gesehen, welcher angeblich ca. 10 Jahre hindurch immerfort recidivirte.

Dr. Bergmann weist auf die bedeutende Allgemeinstörung bei Beginn des vorgetragenen Krankheitsfalles hin. Herpes progenitalis und Herpes lingualis bieten solche Erscheinungen nicht dar. Möglicherweise sind diese Formen von der Angina herpet. streng zu trennen. — Wie von Dr. Bertels schon angedeutet, sind beim Zoster perineuritische Veränderungen nachgewiesen. Aller Wahrscheinlichkeit nach handelt es sich wohl auch bei den anderen Herpesformen um trophische, specifische Störungen, um eine Perineuritis. Für luetische Hauteruptionen hat Unna eine derartige Annahme ausgesprochen („Neurosyphilide"), mit Hinweis darauf, dass bei der Lepra hauptsächlich in den Scheiden der den befallenen Hautbezirk versorgenden Nerven die specifischen Bacillen gefunden werden.

2) Dr. Krannhals giebt ein Referat aus dem statistischen Theile einer demnächst erscheinenden Arbeit, welche den „Verlauf der Influenzaepidemie des Winters 1889—90 in Riga" behandelt. Ref. hat den Versuch einer Art Sammelforschung innerhalb der Stadt Riga gemacht und von der Mehrzahl der in Riga freiprakticirenden Aerzte (über 70) Angaben erhalten. Diese Angaben schliessen nun nicht alles während der Epidemie beobachtete in sich ein, geben aber die Grundlage für eine Statistik ab, die immerhin mit genügend grossen Zahlen operirt, um aus diesen Schlüsse in Bezug auf den Gesammtverlauf der Epidemie zu gestatten.

Die ersten, als solche jedoch erst später erkannten Fälle ereigneten sich Mitte October. Sie traten sporadisch auf, unterschieden sich aber von gewöhnlichen acuten Catarrhen dadurch, dass mitunter sämmtliche Glieder einer Familie nach einander erkrankten. Die ersten Massenerkrankungen fanden Anfangs November unter dem Arbeiterpersonal einer grossen Fabrik statt und veranlasste eine von den Behörden angeordnete Enquête. In der 2. und 3. Woche des Nov. nahm die Epidemie schnell zu, um in der letzten November- und ersten Decemberwoche ihren Höhepunct zu erreichen und von dann an wieder allmälig abzunehmen. Im Februar kamen nur noch vereinzelte Fälle zur Beobachtung, Anfangs März wieder eine geringe Steigerung, sodann erlosch die Epidemie Ende März vollständig.

Die absolute Ziffer der Erkrankungsfälle lässt sich begreiflicher Weise nicht feststellen. Nach dem Procentsatz der in der Hauspraxis von 35 beschäftigten Aerzten (welche hierüber genauere Angaben machen) beobachteten Fällen dürften ca. 70—75% der Gesammtbevölkerung ergriffen worden sein. Das mittlere Lebensalter — 20 bis 40 Jahre — wurde sowohl zeitlich als an Zahl in erster Reihe ergriffen, das männliche Geschlecht prävalirte. Die Disposition schien eine allgemeine zu sein. Wie anderwärts ist auch hier die Beobachtung gemacht worden, dass die Insassen gewisser geschlossener Anstalten (Gefängnisse, Siechenhäuser etc.) vollständig verschont blieben, resp. einen nur verschwindend kleinen Procentsatz an Erkrankten aufwiesen.

Im grossen Ganzen liessen sich 3 verschiedene Formen der Erkrankung unterscheiden, die jedoch vielfach in einander übergingen. Die beobachteten Complicationen und Nachkrankheiten lassen sich in 3 grosse Gruppen bringen: 1) Erkrankung des Nervensystems, 2) Blutungen, 3) entzündliche Erkrankungen der Respirationsorgane und der mit diesen in Zusammenhang stehenden Organe und Körperhöhlen. — 1. und 2. seien hier gänzlich bei Seite gelassen. Die entzündlichen Erkrankungen der Respirationsorgane waren es, welche der zu Anfang harmlos erscheinenden Epidemie bald einen ernsten Charakter verliehen. Welches Verhältniss zwischen den verschiedenen zur Beobachtung gelangten Formen von Pneumonie etc. und Influenza besteht, sei vorläufig unerörtert gelassen. Sicher steht fest, dass ca. eine Woche nach dem ersten *epidemischen* Auftreten der Influenza die ungewöhnliche Steigerung der Erkrankungen an Pneumonie begann, um, wie die Influenza, Anfangs December ihren Höhepunct zu erreichen. Für die Zeit vom 1. Oct. 89 bis zum 28. Febr. 90 sind 220 typische fibrinöse Pneumonien gemeldet worden. Von diesen entfallen auf

October 89	13 Fälle
November	80 „
December	64 „
Januar 90	29 „
Februar	16 „
Summa	202 Fälle.

Ueber den Rest von 18 Fällen fehlen die Angaben der Zeit der Erkrankung. Ungefähr die Hälfte der im November und December beobachteten typischen fibrin. Pneumonien entfällt, was den Erkrankungstag anbetrifft, auf die letzte November- und die erste Decemberwoche. Der 25. Nov. und der 5. Dec. waren besonders schlimme Tage.

Genau dasselbe zeitliche Verhältniss finden wir bei den im Fragebogen als *zweifelhafte fibrinöse Pneumonien* bezeichneten, sowie den *catarrhalischen* Lungenentzündungen. Von 152 zeitlich bestimmbaren catarrh. Pneumonien entfielen auf

October 89	6 Fälle
November	56 „
December	64 „
Januar 90	21 „
Februar	5 „
Summa	152 Fälle.

Bei allen 3 Formen von Pneumonie prävalirte das männliche Geschlecht und das mittlere Lebensalter. Die Mortalität betrug:
1) bei den typischen fibrinösen Pneumonien . 33%
2) bei den zweifelhaften fibrin. Pneumonien . 35%
3) bei den catarrhalischen Pneumonien . . . 19,7%

Das höhere Lebensalter lieferte die meisten Todesfälle. So war beispielsweise im November und December die Mortalität

für das I.	und	II.	Decennium	12,5%
„ III.	„	IV.	„	34,3%
„ V.	„	VI.	„	39,07%
„ VII	„	VIII.	„	80,0%
„ IX.	„	X.	„	100,0%.

Seit 1882 sind laut Nachweis des statistischen Comités der Stadt Riga bisher noch nie so hohe Mortalitätsziffern erreicht worden, wie im Nov. und Dec. 1889. Diese Steigerung wird in erster Reihe zu Stande gebracht durch die angegebenen Todesursachen „Lungenentzündung" und „Schwindsucht", welche in diesen Monaten das Mittel um etwa das Dreifache übersteigen. Es starben im Nov. 524 Personen, im Dec. 507, während durchschnittlich im Laufe eines Monats vom Tode betroffen wurden:

1884	352 Personen
1885	365 „
1886	372 „
1887	392 „
1888	351 „

Während gewöhnlich das grösste Contingent der Todesopfer auf die jüngsten Altersclassen entfällt, starben im Nov. und Dec. 89 am meisten Männer und Greise.

Es standen von 100 Verstorbenen

	im Alter von 0—15 J.	v. 15—40 J.	v. 40—80 J.
1886	51,6	14,8	33,6
1887	56,9	12,8	30,3
1888	47,6	15,5	36,9
November 1889	31,5	16,7	51,8
December „	34,7	18,7	46,6

Ref. hat vorläufig die Statistik des Krankenhauses noch nicht in Betracht gezogen. Zahlreiche casuistische Details, sowie eine Reihe von bacteriologischen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen bleiben der ausführlichen Mittheilung vorbehalten.

z. Z. Secretär: Dr. Bernsdorff.



Auszug aus den Protokollen
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 16. April 1890.

1) Dr. Rauchfuss: „Ueber Intubation". So lange diese nur in Amerika geübt und auch da nicht durchweg günstig beurtheilt wurde, verhielt sich R. skeptisch dagegen. Seit sie auch in Deutschland geübt wird, hat R. auch angefangen, Intubationen auszuüben und bedauert, dass er es nicht früher gethan, denn die in der That vielfachen Uebelstände der Methode werden doch weit ausgeglichen durch den meist glänzenden momentanen Erfolg.

Die *Uebelstände*: Bei der Tracheotomie wird das eigentlich erkrankte Organ, der Kehlkopf völlig geschont und alle Details geschehen unter Controlle des Auges — bei der Intubation wird dem mit Erstickung ringenden Kinde eine metallene Röhre in den wunden Kehlkopf gepresst. Diese Röhre muss 2—3 Tage liegen und kann leicht Decubitus machen, oder — wenn die Befestigung nicht genügend war, in die Trachea sinken, oder durch einen Hustenstoss herausgeschleudert, verschluckt werden. Bei liegender Röhre ist das Trinken recht erschwert und Pat. verschlucken sich leicht.

Vorzüge: Der Eingriff ist unblutig, somit sind die vielfachen Gefahren einer blutigen Operation vermieden und Angehörige wie Arzt entschliessen sich leichter dazu. Zur Ausführung der Intubation braucht eine geübte Hand keine Assistenz und nur wenige Augenblicke Zeit. Sich verschlucken kommt wohl oft bei der Fütterung vor, aber Schluckpneumonien sind bei keiner Section nachgewiesen.

In 10 Fällen hat R. die Intubation angewandt. 6 sind gestorben. Von den 4 Genesenen wurden 2 tracheotomirt, weil die anfängliche Euphorie nach 12 Stunden durch absteigenden Croup wieder aufgehoben wurde. In allen Fällen trat sofort nach der Intubation — abgesehen von einigen mehr oder weniger heftigen Hustenstössen — schöne Befreiung der Respiration ein. Immerhin muss man womöglich bei der Intubation auch auf die Tracheotomie gerüstet sein, die man oft gleich folgen lassen muss. — Wurde die gutliegende Röhre durch Husten hinausgeworfen, so muss sie womöglich in den ersten 3 Stunden wiedereingeführt werden. Länger als 1, 2 oder höchstens 3 Tage lasse man die Röhre nicht liegen, weil sonst Decubitus zu befürchten ist, der in schweren Croupfällen besonders leicht eintritt, weil bei diesen die Kehlkopfknorpel oft gallertig erweicht sind; bei solchen Fällen sind Decubitus und Perforation der Anonyma vorgekommen. Während die Röhre liegt, muss das Kind so gefüttert werden, dass man den Schluck liegend nehmen lässt, aber im Moment des Schluckens den Kopf rasch etwas hebt.

Wann ist der Moment, wo bei Croupkranken mit der Intubation nicht länger gewartet werden muss? R. lässt den Puls entscheiden. *Fällt derselbe bei der Inspiration aus, so ist entweder Intubation oder Tracheotomie nothwendig.* Ist die Stenose hochgradig, so kann während der Erweiterung des Thorax nicht das entsprechende Volumen Luft eindringen; der Luftdruck im Bronchialbaum bleibt negativ und es muss Herzstillstand eintreten. Nur wenn die Bronchien mit Membranen oder Schleim gefüllt sind, ist das Entstehen solchen negativen Druckes unmöglich und da tritt auch der Tod ein ohne Ausfallen des Pulses bei der Inspiration. R. hat Respirationscurven aufgenommen und zwar vom I. Intercostalraum. Der Beginn der Inspiration giebt eine wellig emporsteigende Linie, die dann glatt und steil in die Höhe geht, um einen sehr spitzen Winkel bildend noch steiler abzufallen; während des Schlusses der Exspiration wird die Linie wieder sanfter abfallend und wellig. Während der steilen Spitze fällt der Puls aus.

Zum Schluss demonstrirt R. das Instrumentarium; es ist das O'Dwyer'sche mit einigen Vervollständigungen.

2) Dr. v. Schröder: „Ueber Transplantationen von Haut", stellt einen Kranken vor, dem er mit gutem Erfolg ein Ectropium des linken oberen Lides mittelst Transplantation von 2 oberflächlichen Hautlappen aus dem Arm operirt hat (Thiersch-Eversbusch'sche Methode).

Dr. Dombrowski findet an dem vorgestellten Kranken den Lappen doch noch zu dick. Wenn man sich darin recht übt, so gelingt es 12—15 Ctm. lange und 5—6 Ctm. breite Lappen so dünn abzutragen, dass nur die Spitzen der Papillarkörper getroffen werden und nur punctförmige Blutungen entstehen. An dieser Stelle bildet sich keine Narbe, nur etwas pigmentirter ist die neue Haut, die man bald wieder zu Transplantationen benutzen kann. Ein solcher Lappen heilt, wenn man die Technik beherrscht, auf frischen Wunden immer an. Ueber den transplantirten Lappen legt Thiersch Protective, dann einen in Kochsalzlösung getauchten Wattebausch und über diesen wieder Protective. D. findet das nicht zweckmässig, es wirke das wie eine Compresse échauffante und der Lappen könne leicht abgehoben werden durch Eiterung. Ganz schwache Carbollösungen sind ganz unbedenklich. Er bedeckt den Lappen mit Protective und legt einen trockenen Verband an.

Aber nicht nur frische Wunden, auch alte Unterschenkelgeschwüre sind zuweilen nach Anfrischung durch solche Transplantationen geheilt worden und die Solidität der Heilung wurde noch Monate lang verfolgt.

Dr. Schmitz musste neulich ein grosses Angiom vom Kopfe exstirpiren. Er umschrieb dasselbe mit 2 in sehr spitzen Winkeln zusammentreffenden Bogenschnitten. Die Hautränder der beiden spitzen Winkel liessen sich durch starke Nähte aneinanderbringen. Den mittleren Defect deckte er mit den gesunden Enden des ausgeschnittenen Lappens, die auch präcise anheilten.

Dr. Tiling theilt als Beweis, wie wenig dehnbar die behaarte Kopfhaut sei, Folgendes mit: Er hatte einen 1½—2 Ctm. langen und ca. 1 Ctm. schmalen Defect der behaarten Kopfhaut nahe an der vorderen Haargrenze, etwas seitlich von der Scheitellinie zu decken. T. musste nun einen ebenso schmalen aber sehr langen Streifen der behaarten Kopfhaut, bis nahe zur hinteren Haargrenze, ablösen, bis es ihm gelang, den kleinen Defect zu schliessen.

3) Dr. Petersen: „Ein Fall von septischer Endocarditis". Zum ersten Mal sah P. den 16jährigen Pat. im October 1889; er klagte über Herzklopfen. Das Herz war gesund, etwas klein für den Körperwuchs. Bald waren alle Beschwerden geschwunden.

Am 16. Febr. 1890 fand P. einen leichten Gelenkrheumatismus an Fingern und Zehen und etwas Angina. Wenig Fieber. Herz ganz gesund. Eine Woche darauf acquirirte Pat. einen Tripper. Der Rheumatismus war so leicht, dass er jetzt schon wieder Klavier spielen konnte. Wenige Tage darauf 40,2. Ein Schulter- und ein Ellbogengelenk afficirt. 4 Mal täglich 10 Gran Natr. salicyl. 4 Tage nach Eintritt des Fiebers Herzgeräusch. Das Fieber bleibt hoch ohne Fröste, das Herzgeräusch wird stärker, aber die Herzgrenzen und der Puls verändern sich nicht. In der 2. Woche nach Eintritt des Fiebers Schüttelfröste mit Schweiss, Schwankungen von 36—40°, gewöhnlich 2 Anfälle täglich. Die Pyämie war deklarirt. Alle Antipyretica vergeblich, nur Chinin (5 Mal täglich zu 5 Gran) brachte nach 4 Tagen die Fröste weg und die Temperatur überschritt nicht 38,4. Dann wieder Steigerung mit Milzschwellung (wohl Infarct), Herz nicht dilatirt. Chinin wird fortgesetzt bis in 20 Tagen 450 Gran (fast 1 Unze) eingenommen waren. Mässiges Ohrensausen, sonst gar keine Beschwerden, guter Appetit, kein Gelbsehen, kein Collaps.

Bald folgte aber wieder Frost und ein neuer Milzinfarct, und am 40. Krankheitstage zeigte sich Albuminurie. Statt Chinin nun Calomel zu ¼ Gran. Durchfälle. Albuminurie sehr stark. Die bisher gute Ernährung (täglich 4 Unzen Fleischsaft und vieles andere Nahrhafte) wurde unmöglich. Am 48. Tage waren Blutspuren im Stuhl und am 49. trat der Tod durch profuse Darmblutung ein.

Die Section wurde nicht gestattet.

z. Z. Director: Dr. Lingen.
Secretär: Dr. Masing.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

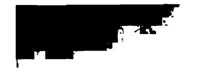
— Der Apotheker *Barnouvin* (Bullet. de thérap. CXVIII, pag. 129) bespricht die Verordnung des reinen Jod in Wein, welcher den scharfen Geschmack verdecken soll, wobei der Tanningehalt des Weines die Hauptrolle spiele. B. hat nun mittelst Gelatine die Gerbsäure aus dem Weine so vollständig als möglich entfernt und gefunden, dass das Tannin bezüglich des Geschmackes keine besondere Rolle spiele und schlägt vor, dem von Tannin befreiten Weine 1,0 Jod auf 1000 zuzusetzen, wobei die styptische Wirkung der Gerbsäure vermieden wird.

— M. Friedländer: *Eine praktische Methode Tuberkelbacillen zu färben.* (Therap. Monatsh. № 8). Bei dieser Methode werden die unhandlichen Deckgläschen vermieden und in 5—10 Minuten 2 Präparate hergestellt. Dazu sind nöthig: 1) Ziehl-sche Lösung: 5% Carbolwasser mit alkoholischer Fuchsinlösung bis zur Concentration versetzt, 2) eine Lösung von 100,0, 80% Alkohol und 5,0 Acid. nitric. pur. und 3) eine concentrirte Lösung von Methylenblau. Der Gang der Färbung ist folgender: 1) Ausstreichen des Präparates auf einem Objectträger; 2) a) an der Luft trocknen, b) 3 Mal durch die Flamme ziehen; 3) 2 Tropfen Ziehl'scher Lösung zusetzen und erwärmen, bis Dämpfe aufsteigen; 4) a) in Wasser abspülen, b) mit Salpetersäurealkohol entfärben, c) in Wasser abspülen; 5) mit Methylenblau unterfärben; 6) Abspülen mit Wasser, Trocknen des Präparates. Dieses wird ohne Deckgläschen unter das Mikroskop gebracht.

— Dabisch (Allg. Ctr.-Ztg. № 44) anästhesirt mittelst eines Richardson'schen Zerstäubers 1 Minute lang die Haut behufs kleiner Operationen (Zahnfistel, Panaritium, Epitheliom des Nasenflügels, Atherom im Gesicht) mit einer Mischung von: Rp. Chloroform. 10,0, Aeth. sulph. 15,0, Mentholi 1,0. M., hat dabei eine 2—6 Minuten lang dauernde locale Anästhesie erzielt und immer ungestörte Heilung gesehen. (Ther. Monatsh. 7).

— Drews konnte die gute, von Gottschalk und Weiss hervorgehobene Wirkung des *Menthols gegen das Erbrechen Schwangerer* nicht bestätigen, ausserdem scheidet sich selbst aus der Lösung von Weiss das Menthol sehr bald in Krystallen ab und wird, seines brennenden Geschmackes halber, von den Kranken ungern genommen. (Ther. Monatsh. 7).

— Dr. Barr (Therap. Gaz.) hat gefunden, dass Theeaufguss, wenn er eiskalt genossen wird, nie die aufregende Wirkung des heissen Infus hat.



Vermischtes.

— Der Vice-Director des Medicinal-Departements, Dr. M. N. Schmelew und der ausserordentliche Professor der Hygiene an der militär-medicinischen Academie Dr. S. W. Schidlowski sind zu *berathenden Mitgliedern des Medicinalrathes gewählt* worden.

— Der berühmte Hygieniker, Geheimrath Prof. Dr. Max v. Pettenkofer in München, ist an Döllinger's Stelle zum *Präsidenten der bayerischen Academie der Wissenschaften* ernannt worden.

— Die Kaiserlich Leopoldinisch-Karolinische deutsche Academie der Naturforscher hat in ihrer Fachsection für wissenschaftliche Medicin den Professor der Pharmakologie, Diätetik und der Geschichte der Medicin an der Universität Dorpat, Staatsrath Dr. Rudolf Kobert, zu ihrem *Mitgliede ernannt.*

— Am 31. October n. St. ist der berühmte Münchener Chirurg Prof. Dr. Joh. Ritter v. Nussbaum, im 72. Lebensjahre seinen Leiden erlegen. Einen ausführlichen Nekrolog bringen wir nächstens.

— Privatdocent Dr. S. A. Popow, welcher längere Zeit das Amt eines Assistenten beim Lehrstuhl der Pharmakologie an der militär-medicinischen Academie bekleidete und seit mehr als einem Jahre während der Abwesenheit des Professors Ssuschtschinski mit den Vorlesungen über Pharmakologie betraut war, hat, nachdem er bei der Besetzung des obengenannten Lehrstuhls auffallender Weise übergangen worden, seinen Assistentenposten aufgegeben. P. fungirt jetzt als Ordinator am St. Petersburger Nicolai-Militär-Hospital und hält ausserdem Vorlesungen über Balneotherapie für die Studenten der militär-medicinischen Academie.

— *Verstorben:* 1) In St. Petersburg am 12. October der hiesige Arzt Joh. M. Hirschfeldt. 2) Am 5. October in Moskau der Arzt an dem Ambulatorium der Moskauer philantropischen Gesellschaft Victor Kumin an einem organischen Herzfehler. 3) Der Landschaftsarzt im Kreise Nowy-Oskol S. J. Alferow am Scharlach. 4) In Leipzig der praktische Arzt Dr. Julius Hermann Prosch, bekannt durch die von ihm mit dem verstorbenen Dr. H. Ploss und anderen Aerzten im Verlage von Brockhaus in Leipzig herausgegebene „Medicinisch-chirurgische Encyclopädie für praktische Aerzte". 5) Am 20. October der Oberarzt der St. Georg-Gemeinschaft barmherziger Schwestern des Rothen Kreuzes, Dr. M. P. Bogajawlenski, im 46. Lebensjahre an Febris recurrens, welche er sich in seinem Hospital zugezogen hatte. Bald nach Absolvirung des Cursus an der medico-chirurgischen Academie war der Verstorbene in 2 Kriegen, in Montenegro und in Bulgarien als Arzt thätig. Seit ca. 10 Jahren leitete B. als Oberarzt das Hospital und die Ambulanz der St. Georg-Gemeinschaft und erfreute sich sowohl als Arzt wie auch als Vorgesetzter allgemeiner Achtung und Liebe. Von seinen literärischen Arbeiten sind seine Doctor-Dissertation: „Ueber die physiologische und therapeutische Wirkung der Flores Convallaria majalis" und seine medicinischen Jahresberichte über das von ihm geleitete Hospital zu erwähnen.

— Die *Prüfungen auf den Arztgrad* vor den Regierungscommissionen, welche in diesem Semester zum ersten Mal auf den russischen Universitäten (mit Ausnahme von Dorpat, wo noch das frühere Universitätsstatut in Geltung geblieben ist) fungirten, haben im Ganzen befriedigende Resultate ergeben. In *Charkow* haben von 37 Personen, welche sich bei der dortigen Commission der Prüfung unterzogen, 36 das Arztexamen bestanden, darunter 21 cum laude. Einer von den Examinanden war vor Beendigung der Prüfung zurückgetreten. Bei der *Kiewschen* med. Prüfungscommission erhielten von 13 Personen, die examinirt wurden, 12 das Arztdiplom, darunter 5 mit dem Prädicat „cum laude". Nur die *Moskauer* Prüfungscommission weist eine grössere Zahl von Durchgefallenen oder Zurückgetretenen (gegen 14 %) auf, denn von 156 Examinanden haben nur 134 das Arztexamen erfolgreich bestanden, unter diesen 26 cum laude. Bei der militär-medicinischen Academie wird auf Grund des neuen Statuts der Academie die Prüfungscommission ebenfalls eingeführt, dieselbe wird aber erst dann, wenn die in diesem Jahre in die Academie aufgenommenen Studenten den Cursus absolvirt haben, also erst nach 5 Jahren ins Leben treten. Gegenwärtig wird in der Conferenz der Academie das Programm für die Staatsexamina zur Erlangung der Approbation als Arzt ausgearbeitet. Wie verlautet, ist in einer dieser Conferenz-Sitzungen beschlossen worden, durch Vermittelung des Kriegsministers gehörigen Ortes darauf aufmerksam zu machen, dass die Dorpater Universität das Privilegium behalten hat, welches den Studirenden gestattet, sogleich nach Absolvirung des Cursus das Doctorexamen zu machen, während die Studenten der rein russischen Universitäten und der Academie zuerst die Arztprüfung bestehen müssen und dann erst das Examen zur Erlangung der Doctorwürde machen können.

— In Moskau sind in den beiden letzten Wochen die neuen Gebäude der *Universitätskliniken und medicinischen Institute* auf dem sog. Jungfernfelde eines nach dem anderen seiner Bestimmung übergeben. Am 11. October fand die Eröffnung der unter Prof. Koshewnikow's Leitung stehenden Klinik für Nervenkrankheiten statt, welche für 44 Kranke (22 Freibetten für Männer, 16 für Frauen und 6 Betten für zahlende Kranke) berechnet ist. Am 19. Oct. folgte dann die Einweihung der chirurgischen und therapeutischen Klinik. Diese befinden sich in zwei Gebäuden, welche durch einen gemeinschaftlichen Haupteingang verbunden sind. Am 20. Oct. endlich wurden die Institute für Hygiene, für allgemeine Pathologie und für Pharmakologie eröffnet. Das erstere Institut ist in einem einstöckigen Hause, die beiden anderen sind in den verschiedenen Stockwerken eines zweistöckigen Hauses untergebracht. Beide Häuser haben einen gemeinschaftlichen Haupteingang, der in ein Auditorium mit 250 Plätzen führt, welches allen 3 Instituten zur Verfügung steht. Alle Räumlichkeiten sind ihrer Bestimmung entsprechend eingerichtet und mit den neuesten Hilfsmitteln ausgestattet.

— Der bekannte Petroleumfürst in Russland, Alfred Nobel, ein geborener Schwede, hat, wie wir der „Allg. m. C.-Ztg." entnehmen, dem Carolinischen Institut in Stockholm eine Summe von *50,000 Kronen zum Zweck experimenteller Forschung auf dem Gebiete der Medicin* überweisen lassen. Ein von Stockholmer Professoren gebildetes Comité hat Vorschläge für die Verwendung des Capitals ausgearbeitet, wonach $^4/_5$ der Zinsen jährlich zur Unterstützung wissenschaftlicher medicinischer Untersuchungen verwandt, der Rest aber zu einem Reservefonds geschlagen werden soll.

— Der Rigaschen Stadtverwaltung ist, wie das „Rig. Tgbl." mittheilt, von einem ungenannten Menschenfreunde durch Vermittelung des Dr. A. Bergmann in Riga die Summe von 1000 Rbl. zum Besten eines *Leprosoriums in Riga* übermittelt worden. Es bleibt nur zu wünschen, dass diese hochherzige Spende zur baldigen Einrichtung einer solchen, so dringend nothwendigen Anstalt beitragen möge. — Ferner hat das Comptoir der St. Petersburger Zeitung „Nowosti" der Kanzlei des Livländischen Gouverneurs 50 Rbl. übersandt, welche von Frau E. J. zum Besten des auf der Insel Oesel projectirten Leprosoriums gespendet worden. Die Medicinalverwaltung des Livländischen Gouvernements bringt diesen Wohlthätigkeitsact zur öffentlichen Kenntniss, mit dem Hinzufügen, dass sie bereit sei, falls auch andere Personen den Wunsch hegen sollten, zum Besten der erwähnten Anstalt Spenden darzubringen, solche entgegenzunehmen. (N. D. Z.)

— An der Wiener Universität ist eine *neue (die dritte) medicinische Klinik* eröffnet worden, welche der Leitung des gleichzeitig zum ordentlichen Professor ernannten berühmten Laryngologen Dr. Leopold Schrötter unterstellt worden ist. Am 22. October n. Styls ist dieselbe bereits eröffnet worden.

— Professor Robert Koch wird im laufenden Semester seine Lehrthätigkeit an der Berliner Universität aussetzen, um sich ganz seinen Forschungen bezüglich der Behandlung der Tuberculose widmen zu können. Die Vorlesungen über Hygiene wird an seiner Stelle sein Assistent, Privatdocent Dr. Erwin v. Esmarch halten. Gegenüber den sensationellen Mittheilungen der Tagesblätter über die muthmaassliche Heilmethode Koch's muss bemerkt werden, dass Koch seit dem 4. August, dem Tage seines Vortrages auf dem internationalen Congress, auch nicht ein Wort über den Stand seiner Versuche an Thieren oder Menschen hat verlauten lassen.

— Mit Bezug auf die Frage der für Berlin projectirten Schwindsuchtshäuser theilte Prof. Leyden in der letzten Sitzung des Vereins für innere Medicin mit, dass diese Angelegenheit zwar durch Besprechungen der von den verschiedenen Gesellschaften ernannten Delegirten einen regen Fortgang genommen habe, dass man aber angesichts der entscheidenden und ungeahnt glücklichen Wendung, welche die Therapie der Phthise gegenwärtig zu nehmen verspreche, zunächst auf praktische Schritte verzichte. (A. m. C.-Ztg.).

— In *Frankreich* ist neuerdings die *erste geschlossene Heilanstalt für Phthisische* nach dem Muster der deutschen Anstalten (Görbersdorf, Falkenstein) eröffnet worden. Dieselbe befindet sich in *Vernet* in den Pyrenäen, einem Orte, der gegen 250 Fuss über dem Meeresspiegel in einem durch Gebirge geschützten Thale liegt.

— In Paris ist vor Kurzem Dr. E. Hardy im Alter von 63 Jahren gestorben, der vortreffliche Arbeiten auf dem Gebiete der reinen Chemie und der Pharmakologie (Pilocarpus, Erythrophleum, Strophanthus u. a.) geliefert hat; er war zuletzt (seit 1878) Leiter der chemischen Arbeiten an der Pariser Académie de médecine. (Progr. méd. № 39).

— Der französische Finanzminister Rouvier hat sich durch einen Sturz vom Pferde eine Luxation des rechten Fusses zugezogen, welche ihm durch einen Rebouteur (костоправъ) in Gegenwart seines Arztes eingerenkt wurde! Der Progrès médical macht hierzu dem Minister keineswegs schmeichelhafte Glossen.

— Der bekannte Badearzt Dr. Daremberg widmet in einem Pariser Blatte dem *schlechten Trinkwasser in den französischen Curorten* eine Besprechung, zu der ihm Anlass gegeben der Tod der Schauspielerin *Jeanne Samary*, welche typhuskrank aus Trouville, über dessen schlechte Brunnenleitungen schon längst geklagt worden war, heimkehrte. Nach D.'s Schilderung fliesst an den bedeutendsten Städten der Mittelmeerküsten das Trinkwasser grosse Strecken weit unter freiem Himmel und wird durch Pflanzenabfälle, Thierstoffe und menschlichen Schmutz verunreinigt



Die Cloaken in diesen Städten haben ihren Ausfluss auf den Küstensand und verpesten den Strand. Falls sich hier, wo ein nationales Interesse auf dem Spiele steht, nicht der Staat einmische, so würden die vielbesuchten Curorte Trouville, Dieppe, Aix-les-Bains, Vichy, Nizza, Cannes von den reichen Leuten gemieden werden.

— Wir geben nachstehend eine tabellarische Uebersicht über *die Fruchtbarkeit der einzelnen europäischen Staaten*, wie solche von englischen Statistikern für die beiden Decennien 1861—1880 aufgestellt worden ist.

Staat	Geburten	Todesfälle	Zuwachs
	auf 1000 Einwohner berechnet.		
Norwegen	30,8	16,9	13,9
England	35,3	21,9	13,4
Deutschland	35,1	26,8	12,3
Schweden	30,9	19,2	11,7
Niederlande	36,2	24,6	11,6
Dänemark	31,2	19,7	11,5
Spanien	39,3	29,7	9,6
Belgien	31,8	22,8	9,0
Oesterreich	39,7	31,1	8,6
Italien	37,1	30,0	7,1
Schweiz	30,6	23,6	7,0
Ungarn	42,8	38,7	4,1
Frankreich	25,9	23,6	2,3

Frankreich nimmt also bezüglich der jährlichen Zunahme der Bevölkerung die weitaus niedrigste Stufe ein. Seither ist der Zuwachs noch tiefer gesunken und beträgt nach einer Mittheilung Levasseur's in der „Sem. méd." nur noch 1,3‰ pro anno. Die Verantwortlichkeit für diese Erscheinung überwies Javal in einem in der letzten Sitzung der Pariser Académie de médecine gehaltenen Vortrage den Civil- und Militärgesetzen, welche vielköpfige Familien schwer belasten. *Ungarn* nimmt in dieser Tabelle den vorletzten Platz ein und die relativ geringe Zunahme der Bevölkerung ist nicht, wie in Frankreich, durch die kleine Geburtsziffer, sondern durch die grosse Sterbeziffer bedingt, welche von keinem anderen Lande übertroffen wird. *Oesterreich*, welches sowohl bezüglich der Geburten, als auch bezüglich der Todesfälle die zweite Stelle in der statistischen Tabelle einnimmt, steht mit dem Jahreszuwachs von 8,6‰ weit hinter England und Deutschland zurück. (Wien. Med. Presse).

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 21. October d. J. 5990 (116 mehr als in der Vorwoche); darunter 294 Typhus- (10 weniger), 538 Syphilis- (1 mehr), 107 Scharlach- (9 mehr), 12 Masern- (wie in der Vorwoche), 21 Diphtherie- (8 mehr) und 98 Pockenkranke (23 mehr als in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 14. bis 21. October 1890.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
215	192	407	88	16	59	17	8	15	34	45	48	32	25	11	7	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 4, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 19, Masern 0, Scharlach 15, Diphtherie 13, Croup 2, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 67, Tuberculose anderer Organe 3, Alcoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 13, Krankheiten des Verdauungscanals 31, Todtgeborene 24.

☛ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 30. October 1890.

☛ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 19. November 1890.

Дозв. ценз. Спб. 26 Октября 1890 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.

XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Dr. Carl Dehio, Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder, St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14. zu richten. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 44 St. Petersburg, 3. (15.) November **1890**

Inhalt.

Ueber Extrauterinschwangerschaft.

Beobachtungen aus der Dorpater Frauenklinik.

Von

Prof. Dr. Otto Küstner.

(Schluss.)

Fall 5. Rechtsseitige intraligamentäre Tubenschwangerschaft von nicht ganz 4 Monaten. Blutabgang aus dem Uterus seit 6 Wochen. Laparotomie: Exstirpation des im Platzen begriffenen Fruchtsackes; derselbe enthält einen frischen Foetus. Glatte Genesung.

Frau Chr. L., Lettin. 25 Jahre alt, menstruirt seit ihrem 14. Lebensjahre. Seit 5 Jahren ist sie verheirathet, hat 2 Mal geboren, vor 4 und vor 2 Jahren. Die Geburten waren normal verlaufen, ebenso die Wochenbetten. Sie hat selbst gestillt 10 und 9 Monate lang. 9 Wochen nach der Geburt des 2. Kindes sind die Regeln wieder aufgetreten in demselben Typus wie früher.

Seit 10 Wochen sind die Menses ausgeblieben, seit etwa 6 Wochen traten im Unterleibe Schmerzen auf, welche bei Stuhl- und Urinentleerung sich steigerten, und häufiges Erbrechen. Innere Medication blieb erfolglos. Eine vor 4 Wochen vorgenommene Untersuchung von Seiten des Herrn Dr. Koblinski constatirte rechts neben der Gebärmutter eine Geschwulst. Der Deutung derselben als Extrauterinschwangerschaft schlossen sich die consultirten Collegen Dr. Apping und Dr. Eckardt an. Seit 4 Wochen besteht eine mässige Blutung aus den Genitalien, seit 2 Wochen Fieber.

Am 28. August 1890 tritt Pat. in meine Klinik ein; eine genaue Untersuchung wird mit Rücksicht auf das bestehende Fieber und das Angegriffensein der Kranken von der Reise erst am 30. August vorgenommen. Dieser Aufschub schien um so eher gerechtfertigt, als man wegen der seit Wochen bestehenden Blutung den Tod des Foetus mit einiger Wahrscheinlichkeit vermuthen konnte.

Der Tastbefund ist auf beifolgender Skizze wiedergegeben. (Fig. 4).

Aus dem Uterus tröpfelt spärlich altes Blut, untermischt mit grauen Bröckeln; diese Bröckel erweisen sich unter dem Mikroskop als Conglomerate aus grossen, meist polyedrischen oder langgestreckten Zellen mit sehr grossem Kern.

Der Tumor neben dem Uterus ist recht empfindlich.

Ich konnte nach diesem Befunde mich der Ansicht der behandelnden Aerzte, dass es sich um eine Extrauteringravidität mit wahrscheinlich abgestorbenem Foetus handele, anschliessen.

Zunächst liess ich die Kranke Bettruhe beobachten und wenn auch nach wenigen Tagen die Temperatur auf die Norm oder nahezu auf diese sank und während wir bald nur noch Temperaturen zwischen 37 und 37,8 beobachten konnten, so war doch sehr auffallend, dass im Laufe der nächsten 2 Wochen der extrauterine Fruchtsack wuchs, so dass die obere Grenze bei leerer Blase um 3 bis 4 Ctm. nach aufwärts rückte.

Am 14. September Laparotomie.

Nach der Eröffnung des Abdomens erweist sich der Fruchtsack vorn mit dem Peritoneum parietale nicht verklebt. Links oben recht feste Adhäsionen mit einigen Dünndarmschlingen, umfänglichere *hinter* dem Sacke. Die in der Bauchwunde sich präsentirenden Dünndarmschlingen sind mit wenig umfänglichen rothen Blutcoagulis bedeckt. Die vordere Wand des Sackes ist durch das deutlich als solches zu erkennende Ligamentum latum gebildet.

Die links adhärenten Dünndarmschlingen sind einigermaassen leicht stumpf zu lösen. Die Trennungsversuche an der hinteren Wand des Fruchtsackes jedoch führen alsbald zur Eröffnung desselben. Trotzdem gelang hinten und in der Tiefe die Trennung des Fruchtsackes, wenn auch wohl nicht immer in der richtigen Gewebsschicht. Unterbindung der centralen Partie der Tube und des Ligamentum latum in 5 Partien. Revision des Operationsfeldes, Blutung in der Tiefe, Ausstopfen des Beckens mit Jodoformgaze, Schluss der Bauchwunde bis auf den unteren Winkel, wo die Gaze herausragte.

Entfernung der Gaze im Laufe der ersten Woche. Glatte Genesung. Entlassung am 9. October.

Sehr auffallend ist, dass 24 Tage nach der Operation keine Spur von Blutung aus dem Uterus erfolgt und keine grössere Masse Decidua abgegangen ist.

Die exstirpirten Massen bestehen aus dem Foetus, 2 Stücken Placenta, einem grösseren, welches durch den Nabelstrang mit dem Foetus in Verbindung steht und einem kleineren von Taubeneigrösse; ausserdem einem fleischigen, gänseeigrossen Hohlkörper, gebildet von Tube, Peritoneum und Blutgerinnseln. Vom Eierstock ist nichts daran zu entdecken.

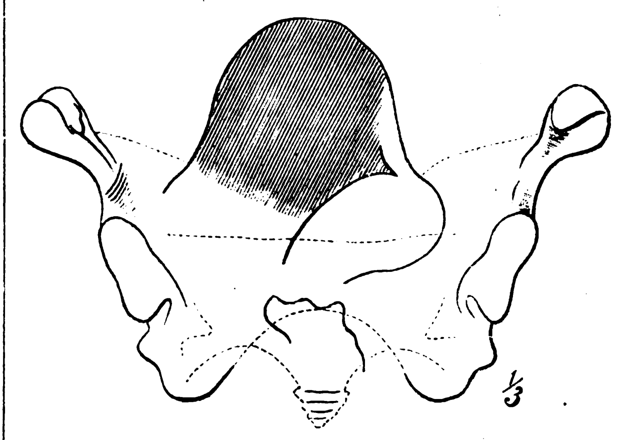


Fig. 4.

Der Fruchtsack stellte mithin den ampullären Theil der Tube dar, war stark intraligamentär entwickelt. Nach oben und hinten

war er am dünnsten, ja absolut dünn; hier war wohl bereits Ruptur erfolgt, woher hätten sonst die Blutcoagula auf den freien Dünndarmschlingen stammen sollen? Aber die Ruptur war wenig umfänglich gewesen und war vermuthlich sofort wieder durch Auflöthung von Dünndarmschlingen verschlossen worden.

Der Foetus, das ist besonders hervorzuheben, ist absolut frisch, erst während der Operation oder ganz kurze Zeit vorher abgestorben. Er misst 12 Ctm. Das Geschlecht ist an ihm noch nicht zu erkennen.

Interessant ist der Nachweis, dass in Fall 3 und 4 vor 9 Jahren eine und vor 1¾ Jahren eine zweite Extrauteringravidität sich entwickelt hat. Das *zweimalige Vorkommen von Graviditas extrauterina bei derselben Frau* ist schon häufiger beobachtet worden. Puech konnte 1879 aus 180 Fällen von Tubengravidität 8 Fälle aus der Literatur zusammenstellen, dazu kommen aus neuerer Zeit noch 3 Fälle von J. Veit, je einer von Winckel, Kletsch, Olshausen, Frommel, Leopold Meyer, L. Tait, E. Hermann, Siegenbeck von Henkelom, O. Bloch; im Ganzen 20 Fälle[2]), welchen sich meiner als der 21. anreiht. Olshausen hat ausserdem mehrere ganz zweifellose Fälle gesehen, die aber, «weil in den früheren Monaten zur Ruptur kommend, nur für den Beobachter beweisend sind».

Ich bezweifele nicht, dass derartige Beobachtungen in neuerer Zeit sich häufen und Puech's etwas verfrühter Behauptung, dass Tubenschwangerschaft eine gewisse Neigung zur Wiederholung bei derselben Frau zeige, den Anschein einer Berechtigung verleihen werden. Diese Neigung zur Wiederholung mag bei Tubengravidität wohl in dem Weiterbestehen der prädisponirenden Momente beruhen, des Tubencatarrhs, welcher auf der nicht graviden Seite bleibt, auch wenn auf der anderen Seite eine Tubengravidität abortiv oder operativ abgelaufen ist. Oder es können die peritonitischen Entzündungsresiduen vom intraperitonealen Abort oder von einem nicht ganz ungestörten Verlauf nach einer Operation die Bedingungen für das nochmalige Zustandekommen einer Extrauterinschwangerschaft setzen.

In unserem Falle handelte es sich links um eine abortiv abgelaufene Ovarialgravidität, rechts um eine später ebenso geendete Tubengravidität. Ohne aus diesem einen Falle weitergehende Schlüsse über die Aetiologie anzustellen, möchte ich nur diese Beobachtung als bis dato bestehendes Unicum charakterisiren.

Bedeutungsvoll ist weiter die Beobachtung, die *Blutungen* im Falle 5 betreffend.

Im Allgemeinen hält man den Abgang von Blut aus dem Uterus mit Deciduapartikeln als pathognostisch für erfolgten Fruchttod. In neuerer Zeit haben sich nun zwar Beobachtungen wiederholt, welche beweisen, dass trotz uteriner Blutungen mit Abgang von Deciduabröckeln, das Leben des extrauterin gebetteten Foetus fortbestehen kann; dann haben die Blutungen aber meist nur kurze Zeit angedauert. Es kann wohl als Ausdruck der bisher geltenden Ansicht angesprochen werden, wenn J. Veit[3]) in seinem Correferat auf dem III. Congress der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie sagte: «Eine einfach auftretende Blutung oder Deciduaabgang scheint mit dem Leben der Frucht vereinbar, Wiederholung von Blutungen, lang anhaltende Schmerzanfälle deuten aber meist auf den Tod der Frucht».

In unserem Falle 5 klagte die Kranke über Blutabgang 4 Wochen vor ihrem Eintritt in die Klinik und ebenso lange über Schmerzanfälle. Die 2 Wochen, welche ich mir eine klinische Beobachtung des Falles gönnte, blutete die Kranke, wenn auch sehr unbedeutend, doch continuirlich, und hatte fast jeden Abend eine Schmerzattaque. Ich glaubte meiner Sache einigermaassen sicher zu sein, dass es sich hier um einen seit längerer Zeit abgestorbenen Foetus handele, dass mithin die Gefahr der Fruchtsackzerreissung nicht mehr als Damoklesschwert über der Kranken hänge, und liess mir Zeit mit der Operation behufs besserer klinischer Verwerthung des Falles. Die Vergrösserung des Tumors, welche der Maassstab am Tage vor der Operation constatirte, glaubte ich auf Blutung in den Fruchtsack schieben zu müssen, immerhin glaubte ich jetzt mit der Operation keinen Tag mehr warten zu dürfen und vielleicht zum Glück für die Kranke.

Wir überzeugten uns bei der Operation an den auf den Dünndarmschlingen und in der Tiefe des Beckens angetroffenen Blutcoagulis, dass schon seit längerer Zeit Verwundungen des Fruchtsackes stattgefunden haben mussten, welche aber vermuthlich nie penetrirten und stets so minimal waren, dass die als Reaction erfolgende adhäsive Peritonitis ein Stopfen des Risses durch Darauflöthen der nächstliegenden Dünndarmschlinge zu Stande kommen liess. Diese von Zeit zu Zeit erfolgenden Rupturen konnten in unserem Falle, wo der Fruchtsack sich so sehr nahe der Einmündung der Tube in den Uterus entwickelt hatte, durch das kurze Stück Tube Blut in den Uterus und von hier nach aussen gelangen lassen. Vielleicht stützt auch der Umstand, dass die Blutung bald stärker war, bald blos in der Ausscheidung im Uterus längere Zeit deponirter Blutmassen bestand, diese Deutung.

Die der Blutung beigemischten Deciduabröckel sind vielleicht von dem eine Zeit im Uterus weilenden Blute abmacerirt worden, vielleicht haben auch die durch den Bluteintritt in den Uterus erregten Contractionen zu oberflächlichen Deciduaabstossungen geführt. Dass schon während des Lebens des Foetus die zur definitiven Abstossung der Decidua uterina führenden Rückbildungsvorgänge am Uterus stattfänden, also vielleicht schon nach dem Platzen des tubaren Fruchtsackes, ist nicht bekannt. Auch sprach in unserem Falle die von mir im Abdomen getastete nicht unerhebliche Vergrösserung des Uterus dagegen.

Die *Behandlung* endlich war in allen vier, bezugsweise 5 Fällen Laparotomie, Exstirpation des Fruchtsackes sammt Schwangerschaftsproduct.

Dasjenige jedoch, was diesen Eingriff forderte, war nur in einem Falle, im fünften, die der Kranken aus dem Fortbestehen der Extrauterinschwangerschaft drohende *Lebensgefahr*. In den vier anderen Fällen war der Tod des Foetus, wie mit Sicherheit zu erkennen, erfolgt, eine Gefahr durch Platzen des Fruchtsackes drohte der Kranken nicht mehr, da der Tod des Foetus schon längere Zeit, im Falle 3 nämlich 9 Jahre, zurückdatirte.

Um an Fall 5 anzuknüpfen, so neigt, was die Behandlung der Extrauterinschwangerschaft in den ersten 5 Monaten bei lebendem Foetus betrifft, die Majorität der Gynäkologen dazu, unter allen Umständen, d. h. auch bevor ein Platzen des Fruchtsackes eingetreten ist, und gerade, um die Kranke vor dieser Gefahr zu bewahren, die Laparotomie zu machen und den Fruchtsack zu exstirpiren. Die anderen Verfahren, welche mit diesem Plane noch in Concurrenz treten, Morphiuminjection in den Fruchtsack und die Electropunctur desselben, beide in der Absicht, den Foetus zu tödten, erwecken den Anschein, weniger eingreifend, weniger gefährlich zu sein. Ueber die Electropunctur lesen wir Berichte vorwiegend aus Amerika; so stellte Brothers 1888 43 durch Electricität behandelte Fälle von Extrauterinschwangerschaft zusammen; die methodische Morphiuminjection hat in Freund und Winckel in neuerer Zeit noch warme Vertheidiger gefunden; Winckel berichtete vor 3 Jahren über 6 Heilungen mit dieser Methode. Wenn gegen diese beiden Verfahren auch hier und da Bedenken laut geworden sind, dass sie vielleicht nicht ganz sicher das erstrebte Ziel, die Abtödtung des Foetus, erreichten oder dass, falls die Anwendung in demselben Falle

---

[2]) Olshausen: Ueber Extrauterinschwangerschaft. Deutsche med. Wochenschr. 1890, № 8—10.
L. Meyer: Extrauterine Pregnancy etc. Annales of Gynaecologie 1890, July.
Frommel: Wiederholte Tubenschwangerschaft. Deutsche med. Wochenschr. 1890. № 23.

[3]) Originalreferat. Centralblatt für Gyn. 1889, S. 516.

häufiger wiederholt werden müsste, die Vermeidung der Sepsis nicht ausschliesslich in die Hände des Operateurs gelegt sei, Bedenken, welchen ich vor zwei Jahren auch Ausdruck gab*), so wirken doch die bisherigen Publicationen, besonders die Winkel's völlig überzeugend, und ich bezweifele kaum, dass auch weitere Erfahrungen darthun werden, dass sorgfältig und sauber ausgeführte Punctionen mit Injection von Morphium den Foetus mit grosser Sicherheit tödten und dabei für die Trägerin der Extrauterinschwangerschaft ungefährlich sind.

Jedoch was wird aus Ei und Fruchtsack nach dem Tode des Foetus in frühen Monaten? Der Fruchtsack soll sich involviren und der Inhalt resorbirt werden. Dass das möglich ist, lehren klinische Erfahrungen; dass das Tempo, in welchem diese Resorption erfolgt, nur langsam sein kann, ist a priori anzunehmen; eine Scala, welche dieses Tempo kennzeichnet, liefern uns die Fälle 1 bis 4.

Im Falle 1 war zur Zeit der Laparotomie der spontan erfolgte Tod des vielleicht 2-monatlichen Foetus einige Monate her. Der Eirest sammt den begleitenden Blutgerinnseln war ein Körper von Mannesfaustgrösse.

Im Falle 2 war der erfolgte Tod des etwa 2 Monate alten Foetus 1 Jahr und 1 bis 2 Monate her. Der Eirest stellte ein cystisches Gebilde von etwa derselben Grösse dar. Etwas kleiner war der aus alten Blutgerinnseln und Gewebsfetzen bestehende Eirest im Falle 3, wo der Tod der vielleicht 3 Monate alten Frucht vor etwa 1 Jahre und 7 Monaten erfolgt war.

Im Falle 4, wo im linken Ovarium vor etwa 9 Jahren eine vielleicht 3-monatliche Extrauteringravidität abortiv geendet hatte, bestand das Residuum in einer über haselnussgrossen Cyste mit schmierigem Inhalte.

Also nach Jahr und Tag ist das Residuum einer zwei- bis dreimonatlichen Extrauterinschwangerschaft noch ein voluminöser Körper von Hühnereigrösse; noch nach 9 Jahren ist das Residuum von abortiv zu Grunde gegangener Ovarialgravidität zu erkennen.

Sicher, aber sehr langsam. Und wenn der Process dieser sehr langsam erfolgenden Resorption resp. Involution des extrauterin gelagerten Schwangerschaftsproductes sonst sich in keiner Weise bemerkbar machen würde, so würde derselbe vom therapeutischen Standpuncte aus keiner Erörterung überhaupt fähig sein, wir würden sagen müssen: können wir eine frische Extrauterinschwangerschaft durch eine so einfache Operation, wie die Morphiuminjection in den Fruchtsack oder die Electropunctur ist, in diesen Zustand der successiven Naturheilung überführen, so ist das die beste Behandlung der frischen Extrauterinschwangerschaft in den ersten Monaten — zweifellos.

So liegen aber die Verhältnisse nicht. In den 4 Fällen, in welchen das Ei spontan abgestorben war, bestanden Erscheinungen, welche zu weiterem Eingreifen aufforderten, und zwar waren es in allen 4 Fällen die pelveoperitonitischen Beschwerden, welche die Kranken incommodirten. In dem frischesten Falle 1 hatten dieselben eine Höhe erreicht, dass die Kranke vor Schmerzen nicht ausser Bett existiren konnte, zeitweise bestanden sogar Fieberattaquen; in den beiden älteren Fällen machten ebenfalls die den Fruchtsack umgebenden trockenen Pelveoperitonitiden und die Dislocation des Fruchtsackes hinter den Uterus die lästigsten, die Kranken jedes Lebensgenusses und jeder Leistungsfähigkeit beraubenden Beschwerden.

So ist es nach spontan eintretendem Fruchttode und so wird es auch sein bei künstlich herbeigeführtem; ja hierbei wird sich der verödende Fruchtsack wohl mit noch grösserer Sicherheit in pelveoperitonitische Pseudomembranen einhüllen.

Und so eröffnet ein Verfahren, welches nur die Abtödtung des Eies erstrebt, für die Kranke nicht ohne Weiteres die glänzendste Perspective. Dieselbe wird dem Verfahren nicht erliegen, aber sie wird mit grosser Wahrscheinlichkeit Jahre lang Beschwerden haben, welche nicht zu den geringsten gehören.

Die Sicherheit, welche die Abdominalchirurgie heutzutage erlangt hat, gestattet uns, Kranken zur Hebung von Leiden, welche an sich nicht lebensgefährlich sind, sondern nur den Lebensgenuss schwer beeinträchtigen, die Laparotomie zu empfehlen. Von dieser Berechtigung haben wir in den vier ersten Fällen Gebrauch gemacht. Vielleicht reift aus diesen Erwägungen, zumal wenn dieselben in analogen Beobachtungen weitere Stütze erfahren sollten, auch für die Allgemeinheit die Frucht, dass, wenn nach Abtödtung des Foetus später zur Hebung der pelveoperitonitischen Beschwerden die Laparotomie doch nothwendig werden kann, man nicht erst diese Nothwendigkeit abwartet, die frische Extrauterinschwangerschaft nicht erst mit Abtödtung des Foetus behandelt, sondern *gleich* die frische Extrauterinschwangerschaft durch die Exstirpation des Fruchtsackes nach der Laparotomie der radicalen Behandlung unterwirft.

*) Die ectopische Schwangerschaft. Handbuch der Geburtshilfe. Stuttgart 1889.

Eine Oesophagotomie zur Entfernung eines eingekeilten Fremdkörpers.

Von
Edgar Grubert,
Ordinator am Wilnaer Militär-Hospital.

Die Zahl der veröffentlichten Oesophagotomien wegen Fremdkörper betrug bis 1886 nach der Statistik von Gross 68. Nach einer neueren Veröffentlichung von Southam (Centralblatt für Chirurgie 1890, № 21) war dieselbe bis zum Ende des Jahres 1889 bis auf 82 gestiegen, mit beinahe 25% Sterblichkeit. Immerhin ist also das erste Hundert noch nicht voll, und daher eine weitere Vermehrung der Casuistik wohl zu rechtfertigen.

Der Kosak Philarot Radimow, 24 Jahre alt, war am 16. December 1889 beim Zertheilen der Fleischportionen in der Regimentsküche zunächst verbotener Weise mit der Befriedigung seines eigenen Appetites beschäftigt, als plötzlich der Regimentscommandeur eintrat. Um der unvermeidlichen Strafe zu entgehen, verschluckte er hastig einen soeben in den Mund genommenen Bissen und damit zugleich einen Knochen, den er als rundlich, nicht scharfkantig und an Grösse gleich der Endphalanx seines Daumens beschreibt. Seitdem hatte er das Gefühl eines Fremdkörpers in der Speiseröhre etwas oberhalb des Jugulums und konnte nur Flüssigkeiten verschlucken. Wiederholtes Erbrechen. Instrumente, welche bei seinem Eintreffen in's Hospital, am Abend des 18. Dec. 1889, in den Schlund eingeführt wurden, stiessen unmittelbar unterhalb des Kehlkopfes auf ein Hinderniss, das zu entfernen oder zu umgehen nicht gelang. Herausgezogen, haftete denselben ein fauliger Geruch an.

19. Dec. 1889. *Typische Oesophagotomie* am vorderen Rande des linken Kopfnickers. Das perioesophageale Bindegewebe zeigt keine Spur entzündlicher Infiltration. Der Knochen ist auch nach Freilegung des Oesophagus nicht durchzufühlen. Letzterer wird mittelst einer durch den Mund eingeführten bogenförmigen Metallsonde in die Wunde vorgedrängt und zwischen zwei zu beiden Seiten der Sondenspitze durchgezogenen Fadenschlingen incidirt. Dicht unterhalb des unteren Wundwinkels findet sich, ziemlich fest eingekeilt, der Knochen und wird mittelst einer starken Kornzange herausbefördert, wobei es natürlich ohne eine gewisse Insultirung der Schleimhaut nicht abgeht. Der Knochen verbreitet einen ziemlich intensiven Fäulnissgeruch. Seine Maasse betragen (in macerirtem und getrocknetem Zustande) 3,2—2,5 und 2,0 Ctm. Es ist augenscheinlich die Epiphyse einer Phalanx oder eines Metatarsale resp. Metacarpale von einem Kalbe, entsprechend der Epiphysenlinie abgelöst und an der Trennungsfläche doch ziemlich scharfkantig. — Nach Entfernung des Fremdkörpers wurde zunächst der Schnitt in der Speiseröhre mit Catgut vernäht, dann die äussere Wunde mit Jodoform bepudert und schliesslich ebenfalls bis auf die Wundwinkel geschlossen. In letztere kamen Tampons aus Jodoformgaze. Für die ersten 24 Stunden wurde absolute Abstinenz auch von Flüssigkeiten angeordnet. — Temperatur am Morgen 37,8, am Abend 38,9.

20. Dec. Temp. 37,9—37,9. (Der weitere Verlauf fieberfrei). Verbandwechsel. Hinter der Wunde leichte Druckempfindlichkeit. — *Ordinirt:* 4 Mal täglich ein Nährklystier, bestehend aus einem Eidotter, drei Unzen Bouillon und einer Unze Portwein. Morgens und Abends soll Patient ein halbes Glas Wasser langsam ausschlürfen.

23. Dec. Wechsel der Tampons. Dieselben sind ziemlich stark von geruchlosem, flüssigem Secret durchtränkt. Die Wundwinkel granuliren bereits. Pat. erhält die Erlaubniss, Milch in geringer Menge zu trinken.

24. Dec. Die Nährklystiere ausgesetzt. Milch. Rohe Eier mit Bouillon.

25. Dec. Wenn Pat. in vollen Zügen trinkt, so sickert aus den Tamponöffnungen etwas Flüssigkeit. — Verordnet: während der Nahrungsaufnahme, zwei Mal täglich, die Wundöffnungen mechanisch zu verschliessen. Nachher Ausspülung der Wunde und Compressenwechsel.

26. Dec. Die Tampons endgiltig fortgelassen.

27. Dec. Beim Schlucken (selbst grosser Flüssigkeitsquanta) sickert nichts mehr nach aussen durch. Entfernung der Nähte von der äusseren Wunde. Prima intentio. Die Tamponöffnungen werden mit Heftpflaster zusammengezogen. Trockenverband.

1. Jan. 90. Die erste solide Nahrung (ein gehacktes Cotelette) gestattet.

3. Jan. An Stelle der Tamponöffnungen bestehen noch kleine Granulationsknöpfe.

8. Jan. Die Wundheilung beendet.

10. Jan. Pat. schluckt selbst Schwarzbrod ohne Beschwerden.

13. Jan. Entlassen.

Zu langen epikritischen Bemerkungen giebt vorliegender Fall keinen Anlass. Die Operation selbst ist eine typische und bot diesmal keinerlei technische Schwierigkeiten. Nur betreffs der Nachbehandlung konnte man im Zweifel sein. Der oben erwähnte Southam spricht sich principiell gegen die Naht der Oesophaguswunde aus, weil die Schleimhaut und die Wundränder meist mehr oder weniger gequetscht sind, und nach Ausweis der Statistik die prima intentio selten gelingt. Ich liess mich zum gegentheiligen Verhalten bestimmen durch den Umstand, dass trotz dreitägigen Verweilens des Fremdkörpers innerhalb der Speiseröhre, dennoch an der Wandung derselben und in ihrer Umgebung entzündliche Veränderungen nicht nachweisbar waren. Auch scheint mir, dass nach Schluss der Oesophaguswunde das von etwa vorhandenen Schleimhautulcerationen gelieferte Secret vermöge der Peristaltik nach abwärts weiter befördert werden muss, welchen Vorgang ich durch Anordnung vorsichtigen Wassertrinkens noch zu unterstützen suchte.

Für ganz unzweckmässig muss ich es halten, wenn Southam bei offenem Oesophagus die äussere Wunde bis auf eine Drainöffnung vernähte. Natürlich treten in diesem Falle alle verschluckten Mundhöhlen- und Rachensecrete in die Wunde hinaus, gefährden den Verlauf und verzögern die Heilung. Southam konnte, trotzdem er seine Patienten 14 Tage lang ausschliesslich per rectum und dann noch eine Woche mittelst der Schlundsonde ernährte, doch den Einen erst nach 36, den Anderen gar nach 46 Tagen mit geschlossener Fistel entlassen. In meinem Falle dagegen begann die Ernährung per os schon am 5., die Aufnahme solider Nahrungsmittel am 13. Tage. Nur am 6. und 7. Tage sickerte etwas Flüssigkeit aus den Wundwinkeln; vom 8. Tage an lagen nur noch zwei oberflächliche kleine Granulationsflächen vor. Ich sehe keinen Grund, vorkommenden Falles unter ähnlichen Verhältnissen anders zu verfahren, als dieses Mal.

Referate.

Michael (Hamburg): Eine eigenthümliche Complication der Tracheotomie bei alten Leuten. (Laryngol. Section des X. intern. Congresses zu Berlin).

Todesfälle während und gleich nach der Tracheotomie kommen häufiger vor als im Allgemeinen angenommen wird; dieselben betragen nicht nur bei Diphtheritis der Kinder ungefähr 3% (Munro, Müller), auch bei älteren Leuten, die wegen Tumoren operirt werden, findet eine gleich grosse Zahl statt (Schwarz), ohne dass die Vorkommnisse während der Operation oder der Sectionsbefund über die Todesursache genügenden Aufschluss gewähren. Deshalb theilt M. einen Fall mit, der gleich nach der Operation zu Grunde ging und einen zweiten mit demselben Symptomencomplex, in welchem er die Erklärung des Zustandes und das Mittel zur Rettung finden konnte.

Fall 1. Herr Bürgermeister S. wurde wegen Dyspnoe in Folge von Carcinom am 25. Juli 1885 tracheotomirt. Pat. fühlte sich gleich nach der Operation auffallend wenig erleichtert. Einige Minuten später bekam er einen asthmatischen Anfall, der sich schnell zu bedrohlicher Höhe steigerte. Es trat hochgradige Cyanose und das Bild des Zwerchfellkrampfes auf. Pat. erholte sich nicht und ging unter M.'s Augen im Laufe einer Viertelstunde zu Grunde. Die Untersuchung des aus der Leiche entfernten Kehlkopfes ergab keine Erklärung für den unglücklichen Zufall.

2. Fall. Einem 72-jähr. Seiltänzer sollte ein Carcinom der Epiglottis nach vorausgeschickter prophylactischer Tracheotomie entfernt werden. Als Pat. nach der leichten Tracheotomie erwachte, klagte er über Athemnoth. Er wurde cyanotisch und der Thorax blieb in Exspirationsstellung stehen; es entwickelte sich genau derselbe Symptomencomplex des ersten Falles. Es war dies um so räthselhafter, als Pat. vor der Operation durch den Larynx frei athmen konnte. Als versuchsweise die Canüle entfernt wurde, verschwand mit ihr der ganze Zustand. Pat. athmete leicht und frei. Jede Wiedereinführung der Canüle erweckte wieder den Anfall in furchtbarer Höhe; Pat. blieb deshalb am Operationstage ohne Canüle und befand sich ganz wohl. Versuche am folgenden Tage, die Canüle wieder einzuführen, misslangen ebenfalls. M. erklärt sich den Zustand in folgender Weise: Durch Auseinanderzerrung der Wundränder des starren verknöcherten Knorpels wurde die Trachealschleimhaut und deren Endorgane gezerrt. Der durch die Zerrung erzeugte Reiz bewirkte einen Reflexkrampf des Zwerchfelles. Die Probe auf die Richtigkeit dieser Anschauung konnte gemacht werden, indem nach Vermeidung der Zerrung die Canüle ertragen wurde.

M. erzielte dies durch Resection eines linsengrossen Stückes aus dem durchschnittenen Trachealknorpel, den er mit dem Scalpellstiel freigelegt hatte. Gleich nach diesem kleinen Eingriff wurde die Canüle anstandslos ertragen. Die beabsichtigte Operation wurde später ausgeführt. Pat. ging jedoch bald an einem Drüsenrecidiv zu Grunde. Da das Ereigniss in der kleinen Reihe seiner Erfahrungen zweimal vorgekommen, so nimmt M. an, dass es nicht so ganz selten ist, nur macht die hochgradige Stenose, die gewöhnlich die Indication zur Tracheotomie giebt, den Verlauf so turbulent, dass die etwas complicirte Erklärung nicht so leicht gefunden werden kann. Ob es sich in den in der Literatur publicirten Fällen von Mors in tabula um dieselbe Ursache handelt, lässt sich bei den uncursorischen Beschreibungen nicht in post eruiren. Doch erscheint es wünschenswerth, in Zukunft derartige Ereignisse zu studiren und ausführlich zu veröffentlichen, da es nur so gelingen kann, geeignete Maassregeln zur Verhütung derselben herauszufinden. *Für den geschilderten Symptomencomplex kann M. aus praktischen und theoretischen Gründen die Resection der Trachea nur dringend empfehlen.* (Autorreferat).

E. Djatschenko: Experimentelle Untersuchung über Transplantation der Schleimhäute. (Centralbl. für die med. Wiss. 1890, № 35—36).

Die feineren histologischen Vorgänge bei der Schleimhauttransplantation sind bisher noch nicht erforscht worden; diese wesentliche Lücke in der Kenntniss der stetig an Bedeutung gewinnenden plastischen Methode wird durch die von D. im pathologischen Institute der Universität Kiew (Prof. Podwyssozki) ausgeführten Versuche ausgefüllt. Die an der Conjunct. palp. von Hunden angelegten Defecte wurden durch frisch ausgeschnittene und in sterilisirter Kochsalzlösung (37—38°) abgespülte Mundschleimhaut (Stücke von 1,5 Ctm. Länge und 0,5 Ctm. Breite) gedeckt; nach entsprechender Behandlung (Flemming'sche oder Müller'sche Flüssigkeit, Alkohol) wurden die zu verschiedenen Zeiten (1 Tag bis 2 Monate nach dem Eingriff) entfernten Stücke mikroskopisch untersucht.

Zwischen dem verpflanzten Stücke und dem Mutterboden bildet sich in den ersten Tagen ein zusammenklebendes Exsudat, welches aus einem Fibrinnetze und Formelementen besteht, und zwar finden sich am 1. Tage in den Maschen des Reticulum nur Leucocyten, am 2. bereits Fibroblasten, deren Zahl stetig, unter Abnahme der Leucocyten, zunimmt. Am 4.—5. Tage verwandeln sich die Fibroblasten in spindelförmige Bindegewebszellen, am 8.—10. Tage sind letztere zu einem lockeren faserigen Bindegewebe geworden.

Im Mutterboden finden sich zunächst zahlreiche Leucocyten, die allmälig (2.—7. Tag) verschwinden; an ihre Stelle treten Fibroblasten. Vom 3.—4. Tage an beginnt die Regeneration des degenerirten Bindegewebes und der fettig entarteten Muskelfasern. Gleichzeitig Proliferation des Endothels an den Gefässen und Neubildung von Capillaren.

Auch *im transplantirten Stücke* sieht man anfangs zahlreiche in den Bindegewebsstücken und den Blutgefässen gelegene Leucocyten; dieselben werden vom 2.—3. Tage an nach und nach durch Fibroblasten ersetzt. Das Bindegewebe macht eine regressive Metamorphose durch: trübe Schwellung, körnige und fettige Degeneration der Fasern (1.—3. Tag); die Restitution beginnt am 3.—4. Tage; nach 7—12 Tagen haben sich bereits die Fibroblasten in Spindelzellen umgewandelt, später in lockeres faseriges Bindegewebe. Die neugebildeten Capillaren verbinden sich nach 3—4 Tagen mit denjenigen des Mutterbodens. Ist das Abspülen in Kochsalzlösung ausgeblieben, so wird die Herstellung der Blutcirculation verzögert und findet man in den Gefässen fester haftende Thromben. *Am Epithel* bemerkt man am 1. Tage Trübung der Zellen, am 2. Desquamation der oberen Schichten:



die Abschilferung setzt sich durch mehrere Tage fort. In der Tiefe findet lebhafte Proliferation des Epithels statt.

Am 9. Tage ist die Verwachsung des überpflanzten Stückes mit dem Mutterboden eine vollständige. Die Untersuchung von Präparaten, welche 1—2 Monate nach stattgehabter Transplantation ausgeschnitten worden, zeigt, dass das neugebildete Zwischengewebe keine Tendenz zum Uebergange in Narbengewebe aufweist.

Die aus seinen Untersuchungen gezogenen praktischen Consequenzen fasst Verf. in folgenden Sätzen zusammen:

1) Das verpflanzte Stück muss fest und innig dem Mutterboden aufliegen; die Blutung muss zu dem Zwecke sorgfältig gestillt werden, das geronnene Blut muss möglichst vollständig entfernt und das transplantirte Stück an die Wundfläche genügend angepresst werden.

2) Vor der Verpflanzung muss das transplantirte Stück in sterilisirter, 0,6-procentiger, warmer (37—38° C.) Kochsalzlösung abgespült werden; das längere Liegen (bis 1½ Stunden) in dieser Lösung wirkt nicht nachtheilig.

3) Von der Unterseite des verpflanzten Stückes muss das überflüssige Fettgewebe mit der Scheere entfernt werden; jedoch darf nicht das ganze submucöse Zellgewebe abgeschnitten werden, weil sonst die Bedingungen für die Wiederherstellung der Blutcirculation im verpflanzten Stücke weniger günstig werden.

4) Das zum Verpflanzen bestimmte Stück, sowie die Wundfläche dürfen nicht dem Einflusse starker Desinficientia ausgesetzt werden; die Transplantation soll möglichst aseptisch ausgeführt werden.

5) Das verpflanzte Stück muss die ganze Wundfläche möglichst vollständig bedecken, da sich auf der mit dem verpflanzten Stück nicht bedeckten Stelle eine Narbe bildet.

6) Das verpflanzte Stück muss vor dem Vertrocknen geschützt werden. Natanson.

Alfred Lanz (Moskau): Ein neuer Irrigationscatheter für die Harnröhre. (Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. VIII, № 2).

Verf. beschreibt einen Catheter, der ähnlich geformt, wie die gewöhnlichen weiblichen Catheter, im Principe dem Fritsch-schen Uteruscatheter ähnlich ist, nur dass die äussere Hülle des letzteren statt durch eine solide Hülse, durch vier dünne Leisten gebildet wird. Durch die innerhalb derselben verlaufende dünne Röhre fliesst die Injectionsflüssigkeit hinein, prallt an einer dem vorderen Ende des Catheters aufgesetzten und mit den Leisten verlötheten Kappe zurück und bespült auf dem Rückwege die Urethralschleimhaut, was durch geringes Drehen des Instrumentes allseitig geschehen kann. Das Ansatzende ist à double courrant.

Die Vortheile des Instrumentes sind: 1) allseitige Berieselung der Schleimhaut; 2) Möglichkeit der Behandlung der Urethritis posterior, was z. B. mit dem Zülzer'schen nicht möglich ist; 3) Regulirung des anzuwendenden Druckes; 4) spült die Flüssigkeit Secrete, Infectionsstoffe etc. factisch heraus, ohne im Stande zu sein, sie weiter in die Harnröhre hinein, resp. in die Blase zu treiben.

Diese Vorzüge dürften dem Instrumente allerdings grössere Verbreitung zu Theil werden lassen. E. Krug (Hungerburg).

A. O. Karnitzky: Bauchmassage an Kindern bei Stuhlverstopfungen. (Archiv für Kinderh. Bd. XII, Heft 1 u. 2).

Eine überaus häufige Affection des kindlichen Alters ist gewiss die habituelle Stuhlträgheit; dieselbe tritt nicht selten schon in den ersten Lebenswochen des Kindes auf und erweist sich als ein mehr oder minder hartnäckiges Leiden. Es werden Abführmittel gegeben, dieselben bleiben auch nicht ohne Wirkung; allein die Obstipation tritt bald wieder ein, sobald die Arzneimittel ausgesetzt werden. Dass bei Erwachsenen gegen ähnliches Uebel die Massage des Leibes ein vorzügliches Mittel ist, gilt wohl als feststehend — und doch wurde diese Methode bei Kindern wenig in Anwendung gezogen. Insofern ist die Abhandlung von Karnitzky von grossem Werth: er hat die Massage bei Kindern längere Zeit angewandt und überaus günstige Resultate erzielt. Sowohl bei Säuglingen, als bei älteren Kindern gelang es ihm mit dieser mechanischen Therapie die Constipation vollständig und dauernd zu beheben. Der Erfolg der Massage hängt hauptsächlich von ihrer andauernden und verständnissvollen Anwendung ab. Vor Allem muss die Lage des kindlichen Darms ins Auge gefasst werden. Bei Neugeborenen und Säuglingen nimmt die Leber mehr als den dritten Theil der ganzen Bauchhöhle ein; die ganze Masse des Dünndarms und das Colon descendens liegen auf der linken Seite. Letzterer Theil des Dickdarms zieht von der Milz bis zur Oberfläche des Beckenrandes. Das Colon ascendens, ebenso das transversum sind kurz, wenig entwickelt; die Flexura sigmoidea und das Rectum befinden sich bei Säuglingen bis zum 3. Monate häufiger auf der rechten Seite, als auf der linken. So ist es verständlich, dass man bei Kindern im ersten Lebensjahre die Massage hauptsächlich auf der linken Seite und den unteren Seitentheilen (Colon descendens und Flexura sigmoidea) ausüben muss; die rechte Seite kann man ohne Nachtheil ganz in Ruhe lassen. Die Massage der unteren Seitentheile des Bauches im Gebiet beider Weichenhöhlungen in der Richtung zum kleinen Becken ist desshalb erforderlich, weil die Flexura sigmoidea und deren Uebergang ins Rectum bei Säuglingen öfter auf der rechten Seite liegen. Verf. räth in beiden Weichenhöhlungen Bewegungen von oben und aussen nach unten und innen vorüber der Harnblase zu machen. Die Massage soll mit der trocknen Hand ausgeführt werden, da die Bauchhaut durch die Einfettung gleitend werde und die reibende Hand dann schwer zu fixiren sei; auch Eczeme sollen leichter auftreten. Die Dauer jeder Séance soll nicht 10 Minuten übersteigen, meist genügen 4—5 Minuten. Es muss ferner Acht darauf gegeben werden, dass die Hand zunächst ganz oberflächliche Bewegungen ausführt und dann allmälig zu stärkeren und tieferen übergeht; widrigenfalls spannt sich die Bauchmuskulatur so an, dass die Massage unmöglich wird. Zu Anfang führt Verf. immer glättende Bewegungen aus und dann geht er zu schwachem Reiben und Kneten über. — Die genaue Ausführung der einzelnen Manipulationen sind in der Originalarbeit nachzulesen. Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. C. Flügge: Grundriss der Hygiene. Leipzig 1889. Verlag von Veit & Comp.

Die Entdeckungen im Gebiete der Bacteriologie während der letzten 10 Jahre haben nicht nur in der Lehre der Infectionskrankheiten, sondern in fast allen Zweigen der Hygiene gewaltige Umwälzungen vollbracht. Den früher erschienenen Werken über Hygiene musste daher, trotz aller Verdienste, denen die Anerkennung nie geschmälert werden möge, das Prädicat „zur Disposition gestellt" angeheftet werden. Neue Führer waren nöthig, die Studirenden wie Aerzten und Medicinalbeamten den jetzigen Stand der betreffenden Fragen demonstrirten. Von Prof. Flügge wurde ein solches Werk erwartet, da er sich schon längst als Autorität in verschiedenen Gebieten der Hygiene bewährt und nun noch als hervorragender Bacteriologe erwiesen hatte; aus seinen Laboratorien in Göttingen und Breslau war eine reiche Zahl von Arbeiten hervorgegangen, die denen des Berliner Institutes ebenbürtig sein mögen. Zum Schlusse des Jahres 1889 ist nun dieses Buch erschienen und hat — mit einem Worte sei es gesagt — die gehegten grossen Erwartungen wohl noch übertroffen. In 560 Seiten ist der grosse Stoff so zweckmässig placirt, dass nichts vergessen, aber auch keine Zeile zu viel mitgenommen ist; jede kleinste Anmerkung ist benutzt, um etwas recht Wissenswerthes einzufügen. Freilich musste manches, damit es Platz fände, stark beschnitten werden, zuweilen wohl zu stark. Wenn z. B. die Lehre Pettenkofer's von der natürlichen Ventilation durch unsere Hausmauern im Winter, an deren Richtigkeit jeder hygienisch denkende Mensch glaubt und für die er selbst beweisende Erfahrungen zu besitzen überzeugt ist, mit 4 Zeilen abgethan wird (pag. 378: „es lässt sich nun aber leicht nachweisen, dass die verticalen Wandungen sich an der natürlichen Lüftung des Zimmers überhaupt nur wenig betheiligen und dass der hauptsächlichste Luftstrom das im Winter erwärmte Haus vertical von unten nach oben durchzieht";) so ist das unbefriedigend. Man vermisst zum Mindesten die Angabe, wo man sich in der Literatur die Beweise für diese neue Anschauung holen kann. Dagegen ist es ganz verständlich, dass die Besprechung des Grundwassers, das im Werke von Geigel (Handbuch der öffentlichen Gesundheitspflege, I. Bd. von Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie 1875) noch über 30 Seiten in Anspruch nimmt, bei Flügge auf 5 Seiten abgeschlossen ist.

Also in allen Capiteln (Boden, Wasser, Luft, Nahrungsmittel, Wohnung, Beruf und Beschäftigung etc.) durchweg wesentlich neue Gesichtspuncte gegenüber älteren Werken, ganz abgesehen von den früher nicht vorhandenen Capiteln: die Mikroorganismen und Aetiologie und Prophylaxis der Infectionskrankheiten. Gerade die Hygiene hat durch die Entdeckungen und Beobachtungen der Bacteriologie ausserordentlich gewonnen; die Fortschritte in der Sicherheit, mit der hygienische Fragen jetzt entschieden werden können (z. B. die Desinfection), sind in der Geschichte der Medicin unerhört.

Aber leicht zu lesen ist Flügge's Buch nicht. Die gedrängte Kürze verlangt aufmerksames, frisches Aufnahmevermögen, der hier und da unklare Styl — Geduld. Sind es Druckfehler, wenn es z. B. pag. 401 heisst: „beim electrischen Licht haben wir 80 Procent dunkle Wärmestrahlen".(?) Es ist doch bekannt, wie wenig electrisches Licht wärmt. Oder pag. 522, wo es in einer Tabelle heisst: „Von 100 Lebendgeborenen starben im I. Lebensjahre" und in der 2. Tabelle: „Auf 100 Lebendgeborene treffen im I. Lebensjahre Gestorbene". (?)

Geigel's vor 15 Jahren erschienenes Buch liest sich dagegen mit seinen Citaten aus Dichtern aller Ländern und seinen hineingeflochtenen Kritiken über religiöse und ästhetische Fragen viel angenehmer, ohne Anstrengung, geradezu mit Vergnügen. Aber mit freudigem Erstaunen legt man Flügge's Buch aus der Hand: Welch' ein Fortschritt in dieser Disciplin der medicinischen Wissenschaft in nur 15 Jahren! Masing.



Protokoll der III. Sitzung des zweiten livländischen Aerztetages.

Wenden, 28. August 1890, 9 Uhr Morgens.

1. Dr. A. v. Bergmann und Dr. v. Zoege-Manteuffel demonstriren die von den Firmen Marggraf-Riga, Vollmer-Dorpat und Grempler-Dorpat ausgestellten Instrumente und Apparate.

2. Dr. A. v. Bergmann demonstrirt einen 12-jähr. Patienten, bei dem er am 31. October 1889 die **Resection des l. Hüftgelenkes** nach König ausgeführt hat. Damaliger Status: Vorn am Oberschenkel unterhalb des Lig. Poupartii und nach aussen von den Gefässen besteht Schwellung, derbes Oedem, keine Fluctuation. Ueber dem Lig. Poup. ein paar mandelgrosse Drüsen. Fossa iliaca frei, nicht druckempfindlich, ebenso der Trochanter, welcher nicht über die Roser-Nélaton'sche Linie verschoben ist. Mässige Flexion und Extension können passiv ausgeführt werden, wogegen Rotationsbewegungen unmöglich sind. Tuber ischii bei Berührung schmerzhaft. Rectaluntersuchung ergiebt normalen Befund. Bein abgemagert. Abends Fieber. Operation: Zuerst Incision vorn am Oberschenkel, tuberculöser Eiter entleert. Resection des erweichten, mit käsigen Massen durchsetzten Femurkopfes, der seines Knorpelüberzuges beraubt ist. Pfanne bis auf das hintere Segment erkrankt und mit schwammigen Granulationen ausgefüllt. Evidement. Abmeisseln des hinteren unteren Segmentes des Pfannenrandes. Incision an der Innen-Hinterfläche, welche eine grosse Eiterhöhle um den Trochanter minor freilegt. — Pat. konnte am 12. Dec. 89 ohne Stützapparat gehend entlassen werden. Die guten functionellen Resultate, welche sich erhalten haben, werden demonstrirt.

3. Dr. Brennsohn-Mitau demonstrirt **Corsets zur Behandlung der Scoliose und Kyphose**, die unter seiner Leitung angefertigt sind und bemerkt hierzu: In der Suspension des Pat. wird zunächst ein starkes Gypscorset angelegt, dann wieder entfernt. Nachdem es getrocknet, wird es innen mit in Gypsbrei getauchter Heede ausgepflastert und auf dem so erhaltenen Positiv — dem Modell — werden die Holzbinden geleimt. Dadurch, dass mehrere Lagen über einander und in verschiedenen Ebenen — senkrechte, horizontale und dagegen verlaufende Lagen — angelegt werden, wird trotz grosser Leichtigkeit eine bedeutende Dauerhaftigkeit erzielt. In Bezug auf das Reclinations- resp. Extensionsbett bemerkt Vortr.: dasselbe verbinde die Vortheile der Entlastung der erkrankten Partien der Wirbelsäule mit der Fixirung derselben und der Möglichkeit, dem Pat. den Genuss der frischen Luft zu verschaffen. Dasselbe wird in folgender Weise angefertigt: Der Pat. wird auf den Bauch gelagert, durch unter die Stirn, Schlüsselbeingegend und Oberschenkel gelegte Rollkissen wird eine Lordose der mittleren Partie der Wirbelsäule und hierdurch eine Entlastung der erkrankten Theile erzielt. Nun werden Gypsbinden vom Scheitel bis zu den Afterfalten angelegt und von einem Assistenten an den Körper angedrückt, darüber kommen Querlagen. Hat man eine gewisse Dicke der Lagen erlangt, so wird dieser Rückenschild abgehoben, getrocknet und mit alkoholischer Schellacklösung überzogen. In gleicher Weise wird das Extensionsbett angefertigt, nur befindet sich der Rumpf in vollständig ebener Lage und wird in die obersten Gypslagen ein eiserner Bügel zur Anbringung eines Kinnhinterhauptgürtels eingefügt.

4. Dr. Wolferz-Riga spricht: **„Ueber Ernährnng im Typhus"**. (Der Vortrag wird in der St. Petersb. med. Wochenschrift in extenso erscheinen).

5. Dr. Stadelmann-Dorpat spricht: **„Ueber Cholagoga und deren therapeutische Verwendung"**.

Die bisherigen experimentellen Untersuchungen über die Cholagoga entsprechen nicht vollkommen allen Anforderungen, die an dieselben gestellt werden müssen, andererseits auch erscheint es nach den jetzt geläufigen und wohl sicher gestellten Anschauungen über die Vorgänge bei der Gallensecretion in der Leber kaum wahrscheinlich, dass Mittel, welche wir bei Fällen von Gallenstauung in Folge von Gallensteinen, Icterus catarrhalis etc. geben und von denen wir günstige praktische Erfolge bei derartigen Fällen von Resorptionsicterus kennen, als Cholagoga wirken. So haben denn auch die Untersuchungen, die der Vortr. mit seinen Schülern, den Herren DDr. Nissen, Müller, Mandelstamm angestellt hat, ergeben, dass die Alkalien ebenso wenig wie warmes oder kaltes Wasser als Cholagoga wirken können, da diese Mittel die Gallensecretion absolut nicht steigern. Es hat sich aber herausgestellt, dass es trotzdem wahre Cholagoga wirklich giebt, allerdings steigern dieselben fast alle nur die Gallenmenge, nicht dagegen die Absonderung des Gallenfarbstoffes, der Gallensäuren etc., d. h. sie bewirken nur eine vermehrte Absonderung des Gallenwassers. Es hat sich ergeben, dass die Alkalien (auch die Kalisalze) in kleinen Dosen, wie sie bei der Behandlung mit Karlsbader Wasser, Karlsbader Salz therapeutisch zur Anwendung kommen, keinen Einfluss auf die Gallensecretion haben, dass sie dagegen in grossen Dosen die Gallensecretion nicht erhöhen, sondern herabsetzen. Nicht viel anders scheint Aloe, Podophyllin, Rheum sich zu verhalten, nach welchen keine vermehrte Gallensecretion sich ergab. Santonin, Pilocarpin wirken wenig ein, dagegen setzt Atropin auf kurze Zeit die Gallensecretion enorm herab. Antifebrin, Antipyrin, Coffein. natrobenzoic., Ol. Therebinth. steigern dieselbe in geringem Grade; Coffein., Theobromin. natrosalicylic. in höherem Grade. Salicylsäure ist ein äusserst wirksames Cholagogum. In dem Durande'schen Mittel kann der Aether jedenfalls nur narkotisirend wirken. Vielleicht kommt dem Ol. Therebinth. eine gewisse lösende Wirkung auf Gallensteine, resp. Gallensäuren zu. Von dem Olivenöl, dem neuesten Mittel gegen Gallensteine, konnte nicht der geringste Einfluss auf die Gallensecretion gefunden werden.

Das wirksamste Cholagogum ist die Galle selbst und die Gallensäuren, nach deren Eingabe auf 12—36 Stunden eine ausserordentlich vermehrte Gallensecretion eintritt, wobei auch Gallensäuren in stark erhöhter Menge zur Ausscheidung kommen. Bei Gallenstauung ist aber eine Indication für die Application der Cholagoga nicht gegeben, da verstärkte Gallenabsonderung nur verstärkte Gallenresorption zur Folge hat bei der eigenthümlichen Einrichtung, welche in der Leber besteht und wonach, sobald in den Gallengängen ein gewisser niedriger Druck überschritten ist, was beim Icterus jedenfalls schon stattgefunden hat, eine Verstärkung des Druckes nicht eintreten kann, weil derselbe durch eine verstärkte Resorption sofort compensirt wird. Cholagoga sind nur dann indicirt, wenn bei fehlendem Icterus die Leberzellen zu wenig Galle produciren, d. h. etwa bei Fettleber, Amyloidzuständen, die vielleicht erkannt werden können durch mangelhafte gallige Färbung der Faeces und starken Fettgehalt derselben.

Dr. Voss wendet sich gegen die Aeusserung des Vortragenden, dass überhaupt keine Drucksteigerung eintrete, weil der vermehrten Secretion eine vermehrte Abfuhr entspreche. Eine Drucksteigerung müsse eintreten, wenn auch nur vorübergehend.

Dr. Stadelmann: Die bisherigen experimentellen Untersuchungen und die günstigen Bedingungen für das Zustandekommen der Gallenresorption in der Leber machen es höchst unwahrscheinlich, dass eine irgendwie erhebliche Steigerung des Gallendruckes im Gallengangsystem für mehr als einen minimalen Zeitraum selbst durch wirksame Cholagoga herbeigeführt werden könnte.

6. Dr. Westphalen-St. Petersburg spricht: **„Ueber die Resorption gewisser toxischer Stoffe vom Magen aus"**.

Vortr. bringt zunächst eine Publication von Dr. Moritz (St. Petersb. med. Wochenschr. 1890, № 16) in Erinnerung, welche die Krankengeschichte zweier von Dr. Moritz und Ref. behandelten Patienten zum Gegenstande hat. In beiden Fällen handelte es sich um die Entwickelung von Hautexanthemen, welche mit Fieberparoxysmen von intermittirendem Charakter verbunden waren und mit der Resorption gewisser toxischer Stoffe — vielleicht von Ptomainen — in ätiologischen Zusammenhang gebracht werden mussten. Weitere Fälle seiner Beobachtung bestärken Ref. in dieser Auffassung, umsomehr noch, als es ihm gelang in einem Falle von habitueller Urticaria nach Erdbeeren dem Ausbruch des Exanthems durch Darreichung von Salzsäure vorzubeugen. Auf denselben ätiologischen Grund führt Vortr. auch weiter gewisse Formen von meist halbseitigen, mit dyspeptischen Beschwerden verbundenen Kopfschmerzparoxysmen zurück, welche eine gastrische Provenienz verrathen, mit Anacidität des Magensaftes einhergehen und durch Salzsäure fast momentan zum Schwinden gebracht werden. Zum Schlusse weist Ref. noch auf eine gewisse Parallele hin, welche zwischen den besagten pathologischen Zuständen und anderen Krankheiten gezogen werden kann, wie der Tetanie bei Magendilatation (Loeb) und der perniciösen Anämie, die durch einige Magenspülungen (Landoz, Kaufmann, Meyer) und durch die Abtreibung eines Botriocephalus (Reyher, Hoffmann, Schapiro, Botkin u. A.) geheilt wird.

(Der Vortrag ist zur Veröffentlichung bestimmt).

Dr. Krannhals referirt über einen Fall, in dem es sich höchst wahrscheinlich um die **Resorption toxischer Substanzen vom Darme** aus handelte. Derartige Beobachtungen seien selten und habe Vortr., soweit ihm die Literatur zugänglich gewesen, keine ähnlichen Zustände mitgetheilt gefunden. Ein 13-jähr., sonst gesundes Mädchen erkrankte Anfang December 1889 unter den Symptomen eines Ileotyphus. Der plötzliche Abfall der Temperatur am 14. Krankheitstage liess zuerst Zweifel an der Diagnose auftreten. Von nun an gestaltete sich ein ganz eigenthümliches Krankheitsbild, welches bis zu der im April 1890 erfolgten Genesung seinen Charakter nicht änderte. Nach dem ersten Temperaturabfall erfolgte nach einigen Tagen Pause ein abermaliges Ansteigen der Temperatur, welche einige Tage sich auf einer beträchtlichen Höhe hielt, dann wieder abfiel. Solche 2—4 Tage anhaltende, zuweilen mit einem Schüttelfrost eingeleitete Fieberparoxysmen wiederholten sich in der Folge in ziemlich regelmässigen Intervallen, getrennt durch einige vollkommen fieberfreie Tage. Die Diagnose blieb lange schwankend, am längsten hielt sich die Vermuthung einer Tuberculose, obgleich die Untersuchung der Se- und Excrete negativ. Bald jedoch wurde beobachtet, dass der Fieberabfall stets nach einer Entleerung grosser



Mengen gelblichen glasigen Schleimes erfolgte; derselbe häufte sich offenbar in der Flexura lienalis coli an, indem leichte, hier bestehende Schmerzen sofort nach der Entleerung des Schleimes schwanden. Die Behandlung richtete sich auf die möglichst schnelle und gleichmässige Entleerung dieses Schleimes, doch blieben alle per os und per anum angewandten Abführmittel und Antiseptica insofern ohne Erfolg, als die Entleerung des Schleimes immer nur spontan erfolgte und die durch jene Mittel verflüssigten Kothmassen an dem angehäuften Schleim *vorbei* ihren Weg zu nehmen schienen, ohne diesen mitzureissen. Behandlung mit Creolin führte schliesslich zum Ziel: allmälige Abnahme der Intensität und Dauer der Fieberparoxysmen, sowie der Quantität der entleerten Schleimmassen, Genesung im April 1890.

Eine chemische Untersuchung der Schleimmassen hat nicht unternommen werden können, wohl aber erscheint bedeutungsvoll, dass diese Massen fast ausschliesslich aus colossalen Mengen grosser Bacillen bestanden, deren nähere bacteriologische Untersuchung aus Zeitmangel leider nicht zu Ende geführt werden konnte.

Dr. Westphalen kann die Beobachtung von Dr. Krannhals auf Grund zweier Fälle vollkommen bestätigen. In beiden Fällen handelte es sich um die Anhäufung von Fäcalien in der Flex. lienalis coli, welche eine Dämpfung des Percussionsschalles dieser Gegend bedingte. In Folge davon kam es regelmässig zu Fieberanfällen von intermittirendem Charakter. Das Fieber schwand stets auf Entleerung der Flexur durch ein Abführmittel. Eine definitive Heilung erfolgte nach prolongirter Anwendung des Darmspülapparates.

Dr. Israelsohn fragt, ob nicht an den Patienten, sowohl denen, die an Erythema multiforme litten, als auch denen mit Kopfschmerzen eine gewisse Disposition, namentlich ob keine neuropathische Belastung zu constatiren war, da sonst bei der Häufigkeit der mangelhaften Salzsäureproduction, z. B. bei chron. Magencatarrh, Carcinom, die Seltenheit der geschilderten Erscheinungen auffallend wäre. Erythema multiforme kommt ja auch sonst bei nervösen Personen vor, ebenso enden auch manche Formen nervösen Kopfschmerzes mit einem Brechacte.

Dr. Westphalen: Eine nervöse Disposition müsste fast bei allen Fällen in Abrede gestellt werden. Dagegen möchte Ref. namentlich, fussend auf dem eigenthümlichen Auftreten der Urticaria nach gewissen Speisen, eine individuelle Disposition für die in Rede stehenden Krankheitszustände entschieden betonen. In Bezug auf Dr. Krannhals' Beobachtung bemerke er noch, dass er grössere Mengen von Schleim in den Faeces seiner Fälle nicht habe constatiren können, auch habe er eine mikroskopische Untersuchung der Fäcalien nicht ausgeführt. Auch hier stagnirte die Kothmasse in der Flexur, während der übrige Kothstrom an denselben vorbeiging. Eine definitive Entleerung fand erst statt nach Anwendung eines Drasticum.

Dr. M. Treymann theilt mit, dass ein Mann, der jedesmal etwa 1/4 Stunde nach dem Genuss von Erdbeeren ein Urticaria-Exanthem bekam, von dieser Affection verschont blieb, sobald er vor dem Genuss die äussere Hülle der Erdbeeren, speciell ihre Samenkörnchen, die er besonders verdächtigte, entfernt hatte[1]).

7. Dr. A. v. Bergmann-Riga spricht: **„Ueber das Indicationsgebiet der Gelenkresectionen"**. (Der Vortrag wird in extenso in der St. Petersb. med. Wochenschrift erscheinen).

Dr. v. Zoege-Manteuffel glaubt darauf hinweisen zu müssen, dass die 11% Mortalität der Dorpater Klinik auch der frühantiseptischen Periode zum Theil angehören und dass die letzten 25 Fälle ebenfalls ähnlich denen von Bruns nur einen Todesfall aufzuweisen hätten. Ferner glaubt er auf Resultate auch ausgiebiger Resection des Fussgelenkes hinweisen zu müssen, die jüngst Kappeler in Münsterlingen veröffentlicht. Auch

[1]) Nachträglich gab Dr. Kroug-Hungerburg folgende Beobachtung zu Protokoll: Patientin, 8 a. n., hat normale Masern durchgemacht, während derselben von einem anderen Collegen Mixtura gummosa 2 Wochen hindurch erhalten, die eine vollständige Obstipation zur Folge hatte. Nach einer fieberfreien Periode plötzlich starke Fieberbewegungen, remittirend, Morgens normal, 3 Uhr Nachm. Höhepunct, Abfall allmälig zum Abend. Höhe schwankt zwischen 39,5 und 41,1°. An den inneren Organen Alles vollständig normal. Milz nicht vergrössert. Im linken Hypochondrium eine druckempfindliche Stelle. Abdomen etwas aufgetrieben. Spontaner Stuhl, nachdem einige Tage Clysmata fortgesetzt waren: schleimige Massen; Abfall der Temperatur, der so lange anhält, als der Stuhl spontan resp. auf Clysma erfolgt. Abermalige Obstipation, abermaliges Fieber, jedoch nicht von solcher Höhe. Dieser Vorgang wiederholt sich drei Mal. Schliesslich wurde zu hohen Darmirrigationen mit Thymollösungen geschritten, dieselben durchspülten den ganzen Darm, was aus den auftretenden Ructus zu erschliessen war. Darauf fiel das Fieber lytisch und Pat. genas vollständig. Der Appetit war ein ganz enormer, auch während der höchsten Fieberbewegungen. Zu bemerken war noch ein Schmerzpunct am Acromio-clavicular-Gelenk, der täglich zu verschiedenen Zeiten auf 1—2 Stunden auftrat. Keine Schwellung. Dauer der Erkrankung 4 Wochen.

den Dorpater Erfahrungen nach empfehle sich wohl die frühe operative Inangriffnahme des Fungus tarsi, da hierbei doch eine ganze Reihe von erfreulichen Resultaten zu erzielen sei — während die conservative Therapie namentlich bei Erwachsenen doch wenig leiste.

Dr. A. v. Bergmann weist darauf hin, dass die Resultate bei Fussgelenkresectionen auch häufig im Stich lassen, deswegen empfehle er, die Jodoforminjection zu versuchen. Er speciell habe bei Fussgelenkresectionen Glück gehabt und sogar bei einem ambulatorisch behandelten Falle bestes functionelles Resultat gehabt.

8. Dr. v. Zoege-Manteuffel-Dorpat spricht: **„Ueber die differentielle Diagnose des Ileus"** und über die Bedeutung, die die v. Wahl'sche Lehre vom localisirten Meteorismus für die Diagnose des Ileus gehabt.

Die früheren Kliniker versuchten stets die anatomische Ursache der mechanischen Behinderung des Kothlaufes klinisch zu eruiren, oder den ergriffenen Darmtheil vorauszubestimmen. So natürlich diese Bestrebungen auch sind, so wenig hat diese Art der Eintheilung und Betrachtung die Angelegenheit in klinischer Hinsicht weiter gefördert. Auch die von Trewes unter anderen vorgeschlagene Eintheilung in chron. und acuten Ileus, die Poppert wieder aufnimmt, ist, so zweckmässig sie scheint, doch unfruchtbar, weil sie sich auf die Anamnese stützt. Wenn dagegen nach v. Wahl die pathologischen Veränderungen herangezogen und zum Eintheilungsprincip erhoben würden, deckten sich sofort der pathol. Befund mit dem klin. Symptom und ergäbe sich etwa folgendes Schema:

I. Strangulations-Ileus.

Pathologische Veränderung:	*Klinisches Symptom:*
1) Localisirter Meteorismus. Blähung der strangulirten Schlinge.	1) Asymmetrien am Abdomen, localisirte Resistenz.
2) Ischämische Darmlähmung der strangulirten Schlinge.	2) Vollkommene Ruhe unter den Decken des Abdomen, keine Peristaltik sicht- oder fühlbar.

In diese Kategorie sind zu zählen: Knotenbildung, Achsendrehung; Incarceration in präformirte Oeffnungen; Strangulationen; Invagination.

II. Obturations-Ileus.

Pathologischer Befund:	*Klinisches Symptom:*
1) Localisirter Meteorismus, bedingt durch Stauung oberhalb des Hindernisses.	1) Nachweisbare Asymmetrie, palpable Resistenz.
2) a) Keine erhebliche Circulationsstörung; b) Hypertrophie der Darmmuskulatur oberhalb des Hindernisses bei chronischen Formen.	2) Peristaltik sicht- oder fühlbar.

Zu dieser Gruppe gehören: Stricturen; Obstructionen durch Fremdkörper, Tumoren, Fäcalmassen etc.; Compression durch Tumoren von aussen: Knickungen.

Aus der Allgemein-Symptomatologie liesse sich, wie erwähnt, kein Schluss auf die Art des Hindernisses, die Form der Occlusion ziehen. Es seien die Symptome, einzeln auf ihren Werth geprüft, stets inconstant: so das Erbrechen, die Obstipation, Collaps, Schmerz etc. Nur soviel lasse sich sagen: *je stürmischer die Allgemeinerscheinungen, desto mehr Mesenterium sei betheiligt.* Trete das im 1. Stadium der *reflectorischen Erscheinungen* schon hervor, so beherrsche dies Princip im 2. Stadium neben den Erscheinungen der *mechanischen Behinderung* des Kothlaufes durchaus das Feld und gestatte eine differentielle Diagnose bei Verwerthung des Wahl'schen Symptoms. Im 3. Stadium endlich treten Peritonitis und Autointoxication so sehr in den Vordergrund, dass das Symptomenbild sich verwischt und von dem der Peritonitis verdrängt wird.

Zumeist kommen die Kranken im 2., resp. Beginn des 3. Stadiums zum Arzte. Die Allgemeinsymptomatologie gestattet nur im Grossen die Antwort auf die Frage, ob stürmischer Verlauf oder nicht, ob viel Mesenterium betheiligt oder nicht. Die specielle Diagnose differenzire nach Wahl die oben genannten Ileusarten. Zu erwähnen sei noch, dass von den Allgemeinsymptomen wohl alle inconstant, am wenigsten verwerthbar jedoch wohl der Schmerz sei, auf den neuerdings wieder viel geachtet werde. Der Schmerz sei meist am Nabel und gebe garkeine Anhaltspuncte für den Sitz des Hindernisses. Ebenso hätte die Percussion stets im Stich gelassen. Wenig Werth sei dem diagnostischen Clysma beizumessen. Alle diese Dinge zeigten ja hier und da Uebereinstimmung mit dem Befunde am Sections- und Operationstische, aber seien so wenig zuverlässig, dass man darauf keine Diagnose bauen könne.

Die Diagnose könne bis jetzt die Frage, ob es sich um eine Abschnürung durch ein Band oder ein Divertikel, ob es sich um eine Stenosirung durch einen Tumor oder eine Narbe handelt, nur vermuthungsweise berühren. Eine differentielle Diagnose liesse sich aber stellen *in Bezug auf das pathol.-anatom. Verhalten des*

Darmes. Die Strangulation und Obturation liessen sich klinisch unterscheiden und gebe diese Unterscheidung die Handhabe für die Therapie. (Ausführlicheres wird in Langenbeck's Archiv veröffentlicht werden).

Dr. A. v. Bergmann referirt über folgenden Krankheitsfall: Frau J., 51 a. n., wegen Dementia paral. in Rothenberg befindlich, hat bisweilen an Obstipationen gelitten, deshalb öfters Irrigationen; 28. Juni 90 hat Pat. 2 Mal erbrochen ohne besondere Veranlassung. 29. Juni. Morgens noch Stuhl, jedoch war schon am Morgen der Oberin der Leib der Pat. „hoch" erschienen; Abends Zunahme des Meteorismus. 30. Juni. Vorm. 2 Irrigationen ohne Erfolg. Abends Ol. ricini 30,0. 1. Juli. Drei massige Entleerungen breiigen Kothes. Leib etwas weicher. 2. Juli. Der Leib ist stärker meteoristisch aufgetrieben und zwar rechts mehr, worauf schon die Wärterin aufmerksam macht, der die Asymmetrie aufgefallen war. Pat. klagt über Schmerzen im Leibe, geht jedoch umher, isst und trinkt. Morgens hatte Pat. 2 Mal erbrochen, kein Singultus, kein Stuhl. Mastdarm enthält nur etwas glasigen Schleim, sonst ergiebt die Rectaluntersuchung nichts. Abends Ol. ricini 30,0 + Ol. Croton. gutt. j. Kein Stuhl. 3. Juli. Nachts Würgen gewesen. Meteorismus nimmt zu, Occlusion besteht fort, Pat. wird in's Stadtkrankenhaus übergeführt, wo Ref. constatirt: Guter Ernährungszustand der kräftigen Pat., Gesichtszüge nicht verfallen, Puls 86, regelmässig, kräftig. Von Zeit zu Zeit Ructus. Kein Erbrechen. Abdomen aufgetrieben, asymmetrisch, stärkere Vorwölbung rechts oben, die stärkste Vorwölbung lässt sich als Kuppe einer Schlinge abpalpiren. Die Schlinge lässt sich jedoch nicht bis zu ihrem Fusspuncte verfolgen, sie ist annähernd in die Gegend des Colon transversum hinaufgerückt, scheint aber ihren Fusspunct links unten zu haben. Leber stark hinaufgedrängt, untere Grenze der Dämpfung beginnt erst an der 4. Rippe. Spitzenstoss im 4. Intercostalraum in der Mammillarlinie. Im Verlauf der Schlinge Tympanie, links unten entlang der Fossa iliaca int. dumpfer Percussionsschall. In beiden seitlichen Partien des Abdomens keine Dämpfung. Diagnose: Volvulus des S romanum. 3. Juli. 12 Uhr Mittags Laparotomie. Schnitt: Symphyse bis Nabel. Colossal geblähte Dickdarmschlinge vorgewälzt, Achsendrehung der Flexur (270°). Zurückdrehen der Schlinge. Erst nach Einführung eines Mastdarmrohres und Entleerung von Gasen und etwas Koth gelingt es den Darm zu reponiren. — Abends Stuhl. 4. Juli. Nachts zwei Mal reichl. Stuhl. Ord.: Tinct. Opii 2-stündlich gutt. V, Lavements. 5. Juli. 1 Mal Erbrechen. L. H. U. grossblasiges Rasseln, etwas Husten, etwas Blut im Sputum. 10. Juli. Suturen entfernt, prima intentio. Pat. mit Heftpflasterverband nach Rothenberg transportirt, wo keine weiteren Störungen der Darmfunctionen beobachtet.

Vortr. betont, dass der Eingriff bei Occlusion dann vorzunehmen sei, wenn der Nachweis möglich, dass an einer Stelle tympanitisch geblähter Darm gegen eine gedämpfte Partie sich abhebe. In einem Falle — 5. Tag der Occlusion — war dieses möglich nachzuweisen für das Ileum, im Bereiche des Colon war dumpfer Percussionsschall. Ein operativer Eingriff wurde contraindicirt durch nachweisbare Perforation in der Ileocoecalgegend und hochgradigen Kräfteverfall des Pat. Ein weiterer Fall lehrte, dass mit Ausbildung der Peritonitis der Darm gelähmt und gebläht werde, wodurch der geblähte, unterhalb der Occlusion gelegene Darm auch zu irrthümlicher Deutung Veranlassung gebe. Die Blähung des Darmes unterhalb der occludirten Stelle ist Symptom der Peritonitis und diese contraindicire die Operation, es sei denn, dass man zu einer eben entstehenden Peritonitis komme.

Dr. v. Zoege-Manteuffel: Die Percussion des Abdomens gebe seiner Ansicht nach nicht oder noch nicht sichere Resultate. Unter den 17 Fällen der Wahl'schen Klinik, in denen ausnahmslos die Diagnose gestellt wurde, ist stets auf das percutorische Verhalten geachtet worden, doch hat dasselbe so wechselvolle Resultate gegeben, dass sich dieselben nicht verwerthen lassen. Neben Bestätigung des palpatorischen Befundes widersprach die Percussion ihm nicht weniger häufig und gab die Section oder Operation stets der Palpation recht.

Dr. A. v. Bergmann: Wenn Occlusion durch Tumor, Invagination und Achsendrehung des Dickdarmes ausgeschlossen, glaube Ref. nicht, dass Palpation bei dem stark gespannten, empfindlichen Leibe Erfolg habe, er halte dafür, dass in denjenigen Fällen, wo man nicht den Nachweis des Sitzes der Occlusion durch Percussion führen könne, künstlicher After anzulegen sei.

Dr. v. Zoege-Manteuffel: Wenn schon die Schmerzhaftigkeit so gross, dass die Palpation wesentlich behindert sei, so sei das eben schon ein Symptom von Peritonitis. Fehle diese, so könne das Abdomen ganz weich sein und die strangulirte Schlinge springe dann deutlich vor, wie in mehreren Fällen von complicirter Knotenbildung (demonstrirt eine Zeichnung). Bei Drehung des ganzen Dünndarmes sei der percutorische Befund ohnehin nicht zu verwerthen. Auch sonst müsse Ref. darauf die Aufmerksamkeit lenken, dass bekanntlich die gewöhnliche Angabe der Anatomen, nach der der Dünndarm in der Mitte vom Dickdarm umrahmt würde, nicht richtig ist, da ja nicht nur sehr oft die Flexur bis zur Leber, sondern das Colon transversum bis zur Symphyse reiche. — In Betreff der Indication zur Operation sei zu achten auf beginnende circumscripte Peritonitis, die die Prognose beeinflusse. Sie liess sich sehr wohl in mehreren Fällen diagnosticiren durch den palpatorischen Nachweis peritonitischen Knirschens.

9. Dr. v. Rieder-Werro spricht: **„Ueber Tetanus traumaticus"**. (Der Vortrag ist in № 42 der St. Petersb. Med. Wochenschrift erschienen).

Dr. M. Treymann berichtet aus seiner Consultationspraxis über einen Fall von Tetanus nach manueller Lösung einer Placenta. Es seien nur wenige derartige Fälle aus der Literatur bekannt.

Dr. Selenkow hat vor ca. 9 Jahren in der St. Petersb. Med. Wochenschr. einen in Genesung übergegangenen Fall von Tetanus veröffentlicht. Es war ein sehr schwerer, mit hohen Temperaturen verlaufender Fall von 8—10-tägiger Dauer nach septisch inficirter Wunde am Unterschenkel. Therapie: Morphium und Chloral in grossen Dosen — $^1/_2$ Gran resp. ʒβ 2 Mal täglich. Sehr langsame Convalescenz. Zur Aetiologie hatte er sich damals, als noch die Arbeiten von Batty und Nicolaier nicht erschienen waren, auch auf rein theoretischer Grundlage erlaubt, auf der infectiösen Natur des Tetanus zu bestehen und die Voraussetzung auszusprechen, dass die von Brieger entdeckten und untersuchten Fäulnissalkaloïde bei der Aetiologie eine Rolle spielten.

Dr. Fr. Walter fragt Dr. v. Rieder, warum bei der Behandlung das Chloroform contraindicirt sein solle. Er habe in einem Falle entschiedenen Erfolg gesehen durch Narkose, insofern nach einer solchen es gelang, das ursächliche Moment — einen vor etwa einer Woche unter den Fingernagel gerathenen Splitter, beiläufig bemerkt einen Splitter von einer Mistbeeteinfassung (Pferdedünger) — von der vorher sprachunfähigen Patientin zu eruiren.

Dr. v. Rieder: Besonders französische Aerzte erklären das Chloroform für gefährlich beim Tetanus; auch werden in der Literatur Fälle angegeben von Chloroformtod bei Tetanuskranken.

Dr. H. Meyer: Popen berichtet über 2 von ihm behandelte Tetanusfälle, von denen beide auf demselben Gute innerhalb zweier Jahre gesehen wurden. Fall I: ein Knecht hatte sich einen Holzsplitter beim Sprunge über einen Graben in den Fuss getrieben. Letaler Ausgang. Fall II: ein Schmiedegeselle erkrankte am sog. Tetanus idiopath. nach einem Trunke verdorbenen Grabenwassers in derselben Gegend, wo der erste Pat. sich seine Verletzung zugezogen hatte. Die Schlingmuskeln wenig ergriffen, daher wurde durch 5 Wochen Chloralhydrat ʒβ neben Kali bromat. ʒjjj per os gegeben. Erfolg, Heilung. Fragt Dr. v. Rieder, ob nicht Invasion des Virus auch durch derartige Einführung desselben per os stattfinden könne?

Dr. v. Rieder: Nach Versuchen von Verneuil ist eine Tetanusinfection durch von Pferden verunreinigtes Wasser sehr wohl denkbar, vielleicht auch durch den Intestinaltractus.

Dr. M. Treymann hat selbst Stunden lang beim Tetanus einen Knaben chloroformirt, der zu Grunde ging. Er meint, dass das Chloroform nur palliativ wirke, bei länger dauernder Narkose den Verlauf ungünstig beeinflusse. Die beste Behandlung scheine ihm die mit grossen Dosen Chloral und Morphium.

Dr. Voss tritt für die ätiologische Einheit aller Tetanusformen ein unter Anführung der Versuche von Morisani, welche das Latentbleiben des Giftes in der Wunde experimentell erhärten, führt ferner die negativen Fütterungsversuche an und betont die Tenacität.

Dr. Neuwald hat in einem Falle von Tetanus rheumaticus, nach vergeblicher Anwendung von Chloroform, Morphium subcutan, Morphium und Chloral, eine eclatante Wirkung von subcutanen Einspritzungen einer 50% Antipyrinlösung gesehen.

Prof. Unverricht macht auf die Unterschiede aufmerksam, welche das Morphium und das Chloral, gegenüber krampfhaften Affectionen zeigen. Während man epileptische Zustände mit grosser Sicherheit durch Chloral beseitigen kann, gelingt dies durch Morphium nicht, wenn man nicht zu Dosen greift, die das Leben direct gefährden.

Derselbe Unterschied dürfte auch für den Tetanus gelten. Von Chloroform hatte U. bei dem Studium der experimentellen Epilepsie den Eindruck, dass es wohl epileptische Zustände zum Schwinden bringt, dass aber nach Aufhören der Narkose die Krämpfe vielleicht mit stärkerer Gewalt wieder losbrechen. Chloroform würde er also erst in zweiter Linie empfehlen.

Dr. F. Walter stimmt bezüglich der Nichtrathsamkeit der Anwendung von Morphium bei, weil dasselbe entschieden die Auslösung von Krampferscheinungen begünstige.

Dr. M. Treymann berichtet in Bezug auf die Ausführungen Prof. Unverricht's, dass ausser Chloral ihm Opium und Morphium bei der Behandlung der Eclampsie die besten Dienste geleistet haben; allerdings habe er sehr grosse Dosen gebraucht — nach Veit's Rath 0,12—0,25 Grm. in wenigen Stunden, einmal in einem verzweifelten Falle 0,7 Grm. im Verlaufe von 19 Stunden. Die Frau genas und hat nach Verlauf von ca. 2 Jahren wieder geboren.

Dr. Kusmanow hat einen chronisch verlaufenden (5 Wochen) Fall von Tetanus traumaticus vergeblich mit Kali bromat. und Antipyrin behandelt, während kleine Mengen Morphium ($^1/_4$ Gran pro die) allmäliges Nachlassen der Krämpfe bewirkten. Pat. war 16 Jahre alt.

XV. JAHRGANG. **St. Petersburger** Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Dr. Carl Dehio, Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder, St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14. zu richten. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33. Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 45 St. Petersburg, 10. (22.) November **1890**

Ueber des Ehemannes Veto gegen dringend indicirte operative Eingriffe an seiner Frau.

Vortrag, gehalten auf dem zweiten Aerztetage der Gesellschaft livländischer Aerzte im August 1890,

von

Dr. Leonh. Kessler in Dorpat.

M. H.! Es ist wohl allerorts üblich, vor jeder eingreifenden Operation an einer Frau zuvor dem Ehemanne Mittheilung davon zu machen und seine Zustimmung zu dem Eingriffe einzuholen. Nicht immer wird diese Zustimmung ohne weiteres ertheilt; wird sie trotz aller Vorstellungen und gütlichem Zureden hartnäckig verweigert, *so muss*, selbst wenn sie durch eine *indicatio vitalis* dictirt ist und *von der Kranken selbst dringend verlangt wird, die Operation dennoch unterbleiben; es giebt kein Rechtsmittel, ihre Zulassung zu erzwingen.*

Die Consequenzen dieses Status quo — um nicht zu sagen Rechtszustandes — erlauben Sie mir an zwei Fällen meiner eigenen Beobachtung vorzuführen, wobei ich wegen [de]r Kürze der Zeit, für die ich Ihre Aufmerksamkeit nur in [A]nspruch nehmen darf, bloss das unter dem hier speciell [in]teressirenden Gesichtspunct in Betracht Kommende er[w]ähne, um daran dann noch das anschliessen zu können, [w]as ich über das angekündigte Thema heute Ihnen zu sagen [m]ich gedrungen fühle.

Fall I. Vor ca. 9 Jahren erbat die damals 37 Jahre alte Frau [.]. meinen Beistand für ihre bald bevorstehende achte Niederkunft; die ersten Geburten seien leicht und rasch, die letzten dagegen, wenn auch spontan, doch zunehmend langsamer, schwerer [un]d schmerzvoller verlaufen. Kleine, schlechtgenährte Frau; [Un]terbauch stark vorragend; innere Untersuchung ergiebt einen [da]s Promontorium und den grössten Theil der vorderen Kreuz[be]infläche deckenden, von ihr aus halbkugelig in die Beckenhöhle [pro]minirenden Tumor, dessen grösster Umfang in der Höhe des [Be]ckeneingangs, ein wenig nach rechts von der Medianebene, zu [lie]gen scheint; von hier aus verjüngt er sich ziemlich gleich[mä]ssig nach dem unteren Ende des Kreuzbeins hin; Consistenz [seh]r derb, fast hart; Beweglichkeit nicht nachweisbar. Der zwi[sch]en vorderer Beckenwand und Tumor freibleibende Raum er[gie]bt in der Richtung der Conjug. diagonal. nur 6,5 Ctm. — In[dic]ation: Kaiserschnitt, event. nach Porro. — In der Hoffnung, [dur]ch die eventuelle Sterilisirung endlich neuen Schwangerschaf[ten] sich enthoben zu sehen, acceptirt Pat. und erklärt sich zum [Ein]tritt in die Klinik bereit, wird darauf hin auch von Herrn [Pro]f. Holst untersucht und von diesem Befund und Indication [bes]tätigt. Durch die Angehörigen aber eingeschüchtert, entzieht sie sich wieder und wird in den nächsten Tagen angeblich von einem anderen Arzt per Forceps — vielleicht begünstigt durch die etwas geringere Raumbeschränkung in der linken Beckenhälfte — von einem lebenden, kleinen, schlecht genährten Kinde mit zerbrochenem Arm entbunden.

1½ Jahr später eines Nachts wieder zu derselben Frau gerufen, finde ich sie in starken Wehen; eine vorgefallene Nabelschnurschlinge pulslos; — nach sofortiger Perforation des über der vorderen Beckenwand stehenden Schädels leichte Entbindung von einem ausgetragenen Kinde vermittelst des Kranioklasts; Wochenbett normal. — Der Tumor erscheint gegen früher nicht wesentlich verändert; wahrscheinlich ist derselbe ein sehr derbes Fibroid, nach oben etwas über den Beckeneingang hinaufreichend; Unbeweglichkeit wie früher.

Mehrere Jahre später, Anfang October 1887, präsentirt sich Patientin zum ersten Mal wieder mit der Bitte um genaue Bestimmung des Termins ihrer wahrscheinlich nach einigen Monaten zu erwartenden zehnten Niederkunft; als solcher wird mit Wahrscheinlichkeit Ende December bezeichnet. Tumor gegen früher vielleicht etwas, aber nicht wesentlich vergrössert. Auf Grund der unter anscheinend fast gleichen räumlichen Verhältnissen möglich gewesenen Entwickelung eines lebenden Kindes fast am Ende der 8. Graviditat: dringende Empfehlung der künstlichen Frühgeburt in der 34.—35. Woche. — Pat. verspricht, entzieht sich aber wieder. Am 10. Dec., nach schwerem Heben, Eintritt der Wehen. Kaiserschnitt vorgeschlagen als einziges Mittel zur Erhaltung des kindlichen Lebens; letzteres wird von beiden Eltern preisgegeben, aufs Entschiedenste vom Vater mit der Erklärung: „was mache ich mit einem lebenden Kinde?! Ich habe lebende Kinder genug!" — Der weitere Verlauf gestaltete sich ungünstig: trotz immer stärker werdenden Wehen kein Fortschritt der Geburt, Kopf bleibt über dem Beckeneingang, etwas mehr nach links die vordere Beckenwand überragend; Muttermund viel zu eng, um ohne Gefährdung der Mutter die Perforation versuchen zu lassen. Die Befürchtung, dass bald die zur Uterusruptur führenden Verhältnisse sich herstellen würden, musste unter diesen Umständen lebhaft rege werden, es wurde daher — jetzt mit Rücksicht auf die Erhaltung des *mütterlichen* Lebens — nochmals dringend zur Gestattung des Kaiserschnittes gemahnt. „Lieber mag die Mutter mitsammt dem Kinde sterben, schneiden lasse ich nicht!" war die Antwort, bei der der Mann gegenüber allen unseren Bemühungen, ihn von der Nothwendigkeit der Operation zu überzeugen, hartnäckig verharrte. — Blasensprung bei nur für 2—3 Finger durchgängigem Muttermunde und noch nicht verstrichener Cervix. Eine Viertelstunde darnach beginnt ein gleichmässig anhaltender intensiver Schmerz ein paar Finger breit oberhalb des rechten Schambeinkammes an der rechten Uteruskante, wo sich eine flache, leicht fluctuirende Vorwölbung bemerkbar macht; Unruhe der Pat., unwillkürliches Greifen nach dieser Stelle — die objectiven und subjectiven Symptome der perfect gewordenen Cervixruptur.

Es ist begreiflich, dass die cynische Frivolität, mit welcher der Mann das Leben von Frau und Kind behandelte, ihn uns anwe-

senden Aerzten nur um so mehr das allerlebhafteste Verlangen anfachte, zu retten, was irgend zu retten auch nur die geringste Hoffnung war; daher — in Erinnerung an das Resultat der achten Niederkunft — Versuch, das vollkräftig lebende Kind vielleicht doch noch dem drohenden Untergange zu entreissen; die Zange liegt ausgezeichnet fest in geradem Durchmesser, der Kopf folgt aber auch kräftigen Tractionen nicht. Erübrigte also nur Perforation und Kranioklasie. Placenta, zum Theil im Riss liegend, manuell entfernt. — Trotz Eiseinpackung des Abdomens war die Blutung nicht zum Stehen zu bringen. Nach kurzem maniakalischem Stadium exitus letalis an demselben Abend bei vollem Bewusstsein.

Die Section lieferte die volle Bestätigung alles von mir Ihnen Vorgetragenen; der Tumor ein retroperitoneales Fibroid von äusserst derber Consistenz; die Uterussubstanz zeigt in der Umgebung der Rissstelle eine Dicke von nur 3 Mm. (an der entsprechenden Stelle linkerseits 5 Mm.).

Fall II. Marri K., Estin, aus Fellin, 28 J. alt, Mutter dreier Kinder von 2—5 Jahren, hat im Februar a. c. einen Abort gehabt, seitdem gekränkelt und abgenommen. Ende Juni Durchfall 1 Woche lang. 30. Juni Mittags schwer gehoben, Abends heftige Leibschmerzen, bei Verstopfung. Carlsbader Salz, 2 Mal in grösserer Dosis, hatte die Schmerzen gesteigert ohne abzuführen. 2 Juli. $^1/_8$ Gran Morph. und Baldrian, wonach vielfaches Erbrechen. Am Abend dieses Tages sah ich Pat. zum ersten Mal. Gracil gebaute, magere Frau; Leib nicht aufgetrieben, überall weich, diffus mässig druckempfindlich. Gynäkolog. Untersuchung ergiebt negativen Befund. Keine Temperatur-Steigerung; Puls 96. Darmausspülungen spät Abends und am folgenden Tage ergaben einige harte Skybala; Opium; Eispillen.

Montag, 4. Juli: Erbrechen bräunlicher, übelriechender Massen, darin 4 Spulwürmer. Flatus sind noch abgegangen; Eingiessungen erfolglos. Augen grau halonirt, Nase spitzer, Kräfteverfall jedoch noch mässig. Nach dem Erbrechen 2 Mal wesentliche Erleichterung. — Weitere Beobachtung und Behandlung gemeinschaftlich mit Dr. Z o e g e v. M a n t e u f f e l. Leib etwas mehr, doch immer noch wenig aufgetrieben; die schlaffen Bauchdecken lassen unterhalb des Nabels Darmschlingen durchschimmern, die ab und zu in peristaltischen Impulsen sich spannen und blähen und dabei sehr deutlich palpabel werden; auch in Ruhelage sind dieselben durch grössere Spannung, Fülle und Resistenz zu erkennen. — Wiederholte Eingiessungen dringen schliesslich bis in die Flexur hinauf, entleeren aber bloss etwas gefärbtes Wasser und Kothbröckel.

Diagnose: Obturationsileus, wahrscheinlich im Bereiche des Dünndarms. — Der Mann wird telegraphisch benachrichtigt, trifft Dienstag, 5. Juli, früh ein. (Temp. 37,2, Puls 104). Laparotomie vorgeschlagen, vom Mann verweigert, trotz Bitten der Frau um dieselbe und trotz des Hinweises, dass jeder Tag Aufschub die Prognose verschlechtere. — Morph. subcutan; Opium per Klysma.

Donnerstag, 7. Juli. Allgemeinbefinden schlecht; Zustand nur mit Morph. erträglich; keinerlei Besserung des Kothlaufes, fäculentes Erbrechen wie früher. Laparotomie wie gestern so auch heute, und noch dringender wieder empfohlen. Pat. bittet täglich um die Operation.

Freitag, 8. Juli. Wesentliche Verschlimmerung, heftige Schmerzen; Eingiessungen etc. erfolglos. — Es wird der heutige Tag als letzter bezeichnet, an welchem noch irgend welche, wenn auch schon sehr geringe Hoffnung auf einen günstigen Ausgang der Operation sei, dass *ohne* Operation die Prognose *absolut* letal gestellt werden müsse. — Pat. bittet flehentlich, sie von ihren Qualen zu erlösen. Der Mann bleibt bei seiner Weigerung. Es wird ihm eindringlichst vorgehalten, dass es kein anderes Mittel zur Erleichterung des Zustandes gebe, und dass morgen die Operation schon gar keine Aussicht mehr biete. Er bleibt bei seiner Weigerung.

Gegen Abend leichtes peritonitisches Knirschen bemerkbar. Temp. 38,1.

Sonnabend, 9. Juli, Morgens bittet der Mann um die Operation, die jetzt nur noch, um dem sehnlichen Verlangen der Frau zu genügen und in der Hoffnung auf Erleichterung der letzten Lebenstage, resp. Stunden, vorgenommen wird: mehrere stark geblähte, injicirte, mit Fibringerinnseln bedeckte Dünndarmschlingen drängen sich sofort aus der Bauchwunde hervor; es finden sich im Ganzen an 5 verschiedenen Stellen des Dünndarmes scharfe Knickungen, einige durch ältere fibröse Verwachsungen, andere durch bei stumpfer Lösung stark blutende, frische fibrinöse Verklebungen gebildet, zum Theil bis zu vollständiger Verlegung des Darmlumens; unterhalb derselben erscheint der Darm blass, collabirt, oberhalb stark gebläht und injicirt. Sämmtliche Verwachsungen werden l. a. gelöst und versorgt, wonach der Darminhalt unter Gurren in das untere Ileum und Coecum übergeht. Nach der Operation kein Erbrechen mehr. Exitus letalis am folgenden Tage, $^1/_2$8 Uhr Abends.

M. H.! Vergegenwärtigen wir uns, was diese beiden Fälle Uebereinstimmendes uns vorführen: in jedem von beiden eine Kranke in grossen Qualen, ohne ärztliche Hilfe dem sicheren Tode entgegensehend; sachverständige Aerzte aber am Krankenbette zugegen, die nicht nur die Beseitigung der augenblicklichen Leiden, sondern auch Genesung versprechen dürfen, und nicht nur diese Hilfe zu leisten, sondern aus Humanität auch alle zur vollen Erreichung dieses Zieles erforderlichen materiellen Opfer gern zu bringen bereit sind, wenn man sie nur gewähren und ihren Beruf erfüllen lassen will. Die eine Kranke bittet selbst anhaltend darum — aber ein Dritter tritt dazwischen und spricht einfach sein: quod non! — ohne Angabe irgend welchen Grundes — und die Hilfeleistung muss unterbleiben, die Kranke elend zu Grunde gehen.

Und wer ist denn diese Kranke, die dort im Wehenschmerz hoffnungslos sich windet, hier die Gräuel des Ileus bis auf den letzten Tropfen auskosten muss? Etwa eine fremde, ihm gleichgiltige Person? oder eine Feindin, die physisch und psychisch gemartert zu sehen, seine Seele weidet? — Sein ihm angetrautes, eheleibliches Weib ist es, — *sie*, die ihm seine Kinder unter Schmerzen geboren, ernährt und erzogen, — *sie*, die ihr ganzes Leben in seinen Dienst gestellt, ihm treu und unterthänig gewesen, im Schweisse ihres Angesichts rastlos für ihn gearbeitet und jetzt, den Folgen ihrer Pflichterfüllung verfallen, um Hilfe fleht. Aber *er* ist der Herr der Situation, er macht von seiner Gewalt Gebrauch, — was kümmert ihn Pflicht, Dankbarkeit, Moral, Religion!

Doch, m. H., nicht bloss in diesen höheren Sphären, auch in der Natur herrschen Gesetze: selbst in der Thierwelt — wenigstens den höher organisirten — begründet die Geschlechtsgemeinschaft eine Solidarität zum gegenseitigen Schutz; für die Gefährdung des zugehörigen weiblichen durch das männliche Thier giebt es kein Beispiel, selbst unter denen nicht, welchen ihre eigene Brut und Nachkommenschaft nicht heilig ist. Nur der Mensch vermag so weit in Widernatur zu versinken, dass er nicht nur seines eigenen Weibes vergessen, sondern sogar zu dessen gefühllosestem Verderber werden kann.

Und das arme Weib ist ihm rettungslos preisgegeben, sogar das allgemeine Menschenrecht auf den Genuss ärztlicher Hilfeleistung darf er ihr entziehen, die Krankheitsqualen zwingt er sie ungelindert zu tragen, dem abwendbaren Tode unter seiner Leitung klaren Blickes entgegen zu gehen.

Fürwahr ein hartes und bitteres Stück europäischen Sclavenlebens,

Die Wogen der Antisclavereibewegung gehen aber wieder einmal hoch, wie Sie wissen; europäische Staaten wetteifern in Bemühungen um die Wahrung der Menschenrechte der Schwarzen; wäre es nicht an der Zeit, auch für die Wahrung eines Menschenrechtes des europäischen Weibes etwas zu thun?

Nur wer solche Situationen, wie wir damals, selbst durchlebt hat, weiss und hat den lebendigen Eindruck davon, in welchem Maasse hilf- und rechtlos die Frau ist! Umsonst haben wir für sie geforscht nach Schutz in den Gesetzen, umsonst uns für sie bemüht um Hilfe bei der Obrigkeit.

M. H.! Bei Anhörung des kurzen Referates meiner zwei Fälle wird es Ihnen nicht entgangen sein, dass das absolute Veto des Ehemannes noch nach einer anderen Seite hin peinlich wirkt, die, wenn auch lange nicht so gravirend, wie bezüglich der Frau, doch uns nicht gleichgiltig lassen kann — ich meine die Behinderung der freien Action des Arztes im Interesse der Kranken: der Arzt muss je nach dem unmotivirten Belieben eines Laien den nach den Forderungen der Wissenschaft einzig und allein indicirten lebensrettenden Eingriff entweder ganz oder [illegible]

nigstens im einzig günstigen Augenblicke unterlassen, oder gar statt dessen dann vernichtende Operationen vornehmen, und so wider seinen Willen zum Werkzeug in der Hand des Mannes, ja eventuell zum Helfershelfer zur Erreichung der vielleicht unlauteren oder schmutzigen Intentionen desselben werden.

Unlautere Intentionen? — «Wo hast du das Geld?» war die erste Frage, mit der in unserem zweiten Falle der telegraphisch herbeigerufene Mann, statt jeder anderen Begrüssungen, seine im Ileus liegende Frau anredete (diese trug nämlich ihr ererbtes Vermögen, um dessen Auslieferung er sie schon seit längerer Zeit gequält hatte, stets bei sich); und sein ganzes weiteres Benehmen war nicht dazu angethan, ihn von dem in uns erregten Verdacht zu reinigen, dass er im Tode der Frau das einfachste Mittel sähe, in den Besitz jener Summe zu gelangen.

Das was die Wissenschaft zum Heil unserer Clienten errungen, wird von diesem Veto mit Füssen getreten und der Arzt durch dasselbe in die denkbar unwürdigste Situation gebracht.

Und nicht einmal ein sehr nahe liegender Ausweg aus dieser Situation — vorausgesetzt, dass wir durch die Bitten der Kranken, sie nicht zu verlassen und dem Verderben preiszugeben, uns nicht beeinflussen lassen — nämlich: dem Hause eines solchen Mannes einfach den Rücken zu kehren, den Staub von unseren Füssen zu schütteln und die Verantwortlichkeit für alles Weitere auf *ihn* zu wälzen — steht uns offen, wie das der Fall ist in denjenigen Ländern, in denen kein Zwang oder keine Verpflichtung des Arztes zur Hilfeleistung besteht; wo das Gesetz dagegen eine solche auferlegt, hat der Mann ja das Recht, uns zu zwingen, dass, trotzdem er uns die Hände bindet, wir dennoch bleiben.

So haben wir also nicht einmal die Möglichkeit des Thatprotestes gegen sein verwerfliches Verhalten.

Wie nun dieser angemaassten Gewaltherrschaft und ihrem Missbrauch steuern?

Wenn gütliche Vorstellungen nichts fruchten, so bleibt ja gegen Gewalt nichts übrig als: Gewalt; freilich nicht unsere eigene oder persönliche, sondern die gesetzliche, und ihre Anrufung durch den Arzt. Letztere setzt aber voraus, dass entweder gesetzliche Bestimmungen vorhanden sind, auf die wir uns dabei stützen können, oder — da diese, wie ich leider constatiren muss, noch in keinem Staat vorhanden zu sein scheinen — dass das oben qualificirte Verhalten des Mannes *strafrechtlich verfolgbar* ist.

Dass eine derartige Verfolgung bereits einmal angestrengt worden, ist mir bei Gelegenheit des letzten internationalen medicinischen Congresses in Berlin durch eine freundliche Mittheilung des Herrn Prof. Fritsch (Breslau) bekannt geworden: Geburt, Placenta-Retention; Forderung des Arztes, dieselbe rechtzeitig beseitigen zu lassen; Verweigerung von Seiten des Ehemannes; die Frau stirbt. Der Arzt verklagt den Ehemann auf fahrlässige Tödtung. Der Mann wird freigesprochen.

Durch diesen Präcedenzfall brauchen wir uns, m. H., indess nicht einschüchtern zu lassen; derselbe spielt in der Schweiz und die Verdicte der dort Recht sprechenden Geschworenen sind bekanntlich weder immer von salomonischer Weisheit inspirirt, noch auch von der Kenntniss und dem Verständniss der Rechtsnormen und -principien getragen.

Oder sollte wirklich in diesem Falle, der meinem zweiten doch wohl ganz gleichwerthig ist, das Verhalten des Mannes keine Schuld (culpa) im strafrechtlichen Sinne begründen? Was heisst oder ist denn Schuld? oder, um es gleich concreter und fassbarer zu stellen: wo fängt Schuld, Verschuldung auf dem uns hier ausschliesslich interessirenden Gebiete der Hilfeleistung resp. Nichtleistung an? Für die äusserst schwierige strafrechtlich-philosophische Behandlung dieser Frage sind wir nicht competent und können des Versuches einer solchen um so mehr uns enthalten, als dieselbe bereits von einer Autorität auf diesem Gebiete in Angriff genommen worden ist, für den hier zunächst vorliegenden Zweck aber der Hinweis auf folgende Analogien zur Klarstellung genügen dürfte:

Ein Mensch, der ein kleines Kind verirrt im Walde trifft und dasselbe nicht heraus führt und birgt, ist, falls dasselbe in Folge dieser seiner Unterlassung umkommt, des Todes dieses Kindes schuldig — das steht nach russischem Strafrecht fest. — Uns Geburtshelfern liegt ein anderer Vergleich noch näher:

Eine Mutter, welche für ihr Neugeborenes diejenigen Maassnahmen, welche zur weiteren Erhaltung seines Lebens nothwendig sind, entweder selbst vorzunehmen oder dafür zu sorgen, dass dieselben von Anderen ins Werk gesetzt werden, unterlässt, wird, falls das Kind in Folge dieser ihrer Unterlassung stirbt, des «Kindesmordes» schuldig befunden.

Ganz ebenso schuldig einer fahrlässigen Tödtung ist offenbar der Mann, der sein Weib, wenn es in schwerer Krankheit ebenso hilflos darniederliegt, wie jenes Neugeborene, unfähig sich selbst zu helfen oder Hilfe zur Erhaltung ihres gefährdeten Lebens zu schaffen, — dieses sein Weib, ohne alles Erforderliche für sie wahrzunehmen, alle mögliche Hilfe zu leisten oder zu besorgen, müssig zusehend sterben lässt.

Wie *viel schlimmer* nun aber als dieser Unterlasser handelt erst derjenige, der *activ* und gewaltthätig hindernd zwischen die von einem Anderen dargebotene Hilfe und seine Frau sich stellt, die helfen wollende Hand fesselt! Wie sollte da nicht von Schuld und Verantwortlichkeit die Rede sein? Hat wirklich die Staatsgewalt da keinen Grund und kein Recht strafend einzuschreiten?

«Aber», könnte Jemand zur Entschuldigung des Mannes geltend machen, «die Vorstellung einer an seinem Weibe vorzunehmenden schweren blutigen Operation kann für den Mann, zumal den ungebildeten, etwas so schreckliches und einschüchterndes haben, dass dadurch sein Intellect — wenigstens vorübergehend — in dem Maasse gestört und getrübt wird, dass eine richtige Würdigung der Motive und Gegenmotive ihm unmöglich wird, er in der durch die Situation hervorgerufenen Erregung in einen Zustand momentaner Unzurechnungsfähigkeit geräth, welche ihrerseits natürlich auch die Verantwortlichkeit, die juridische sowohl als die moralische, aufhebt».

Das ist ohne Weiteres zuzugeben, ebenso sehr dagegen aber auch zu betonen, dass mit der Zurechnungsfähigkeit auch die Dispositionsfähigkeit erlischt — mithin auch die Giltigkeit seines Veto. Und übt der Staat anderweitig das ihm zweifellos zustehende Recht und die Pflicht, seine Unterthanen gegen die Wohlfahrt schädigende Einwirkungen Unzurechnungsfähiger zu schützen — warum nicht auch in diesem Falle? Oder geht denn durch die Verheirathung das Weib aller Ansprüche auf denjenigen Schutz der Staatsgewalt und der Gesetze verlustig, die jedem anderen Unterthan zustehen? — Das Weib, das dem Staate seine Bürger, dem Vaterland seine Söhne schenkt, das in der Familie als Mutter eine unersetzliche Stellung einnimmt, dessen Leben sollte durch den Ehepact der Willkür eines Mannes preisgegeben werden, während doch sogar das Neugeborene, mit dessen Lebenswerth noch kaum gerechnet werden kann, durch angedrohte Strafen sicher gestellt ist!

Wenn nun trotzdem in den Gesetzgebungen und den wohlgeordneten Verhältnissen der europäischen Culturstaaten keine Bestimmungen sich finden, welche gegen den gerügten Missbrauch der rechtlich bevorzugten Stellung, die in der Ehe dem Manne überall eingeräumt ist, gerichtet wären — woran liegt das?



Nicht an der Unmöglichkeit, solche aufzustellen — die Formeln dafür wären vielleicht nicht einmal so schwer zu finden — sondern daran, denke ich, dass der Gesetzgeber keine genügende *Kenntniss* von den besprochenen Verhältnissen und ihrer Tragweite hat; nur der Arzt gewinnt einen Einblick in dieselben, und nur wenn *er* es an entsprechender Stelle zur Kenntniss bringt, kann es weiter verwerthet werden.

Aber das Material eines Einzelnen ist auf diesem Gebiete glücklicherweise meist nur ein geringes — auf 2 oder 3 Fälle hin macht man noch keine Gesetze. Ganz anders würde sich's voraussichtlich gestalten, wenn man einmal die Gesammtheit der in einem Lande oder einer Provinz stattgehabten einschlägigen Vorkommnisse sammeln und zusammenstellen könnte — das würde vielleicht Ziffern ergeben, die Eindruck zu machen im Stande wären. Und gelänge es, dadurch zum Erlass von Verfügungen anzuregen, welche der Vergewaltigung des Mannes gegen die Forderungen der Wissenschaft und gegen das Leben der Frau Schranken setzen, eventuell seinen fortgesetzten Widerstand im Falle unglücklichen Ausganges mit Strafen bedrohen, so würde sicherlich in so manchem Falle durch die Furcht vor diesen letzteren Nachgiebigkeit herbeigeführt, die unselige Collision coupirt und manches so werthvolle mütterliche Leben erhalten werden.

Für die Erreichung dieses Zieles die Herren Collegen zur Mitarbeit anzuregen, ist der Zweck meiner heutigen Erörterung. Im Genehmigungsfalle richte ich an Sie die Bitte, mir bei der Erledigung der *zunächst* interessirenden Frage nach der *Frequenz* meinen obigen ähnlicher Fälle dadurch zu Hilfe zu kommen, dass ein Jeder von Ihnen die von ihm selbst erlebten oder zu seiner Kenntniss gelangten mir gefälligst schriftlich kurz mittheilte, wozu ich jedem Einzelnen nach seinem Wohnort einen nochmaligen schriftlichen Antrag würde zugehen lassen[1]).

Sollte sich dabei eine erheblichere Zahl ergeben, so würde es einer weiteren Besprechung vorbehalten bleiben, ob wir auf Grund des dann vorliegenden Materials mit einem Gesuch an die Staatsregierung uns wenden: in Erwägung ziehen zu wollen, ob nicht dem behandelnden Arzte, event. nach Einholung eines Consiliums mit anderen Aerzten, die Befugniss einzuräumen wäre, zur Erhaltung des Lebens erforderliche Operationen, falls die Frau ausdrücklich ihre Einwilligung erklärt, vorzunehmen trotz Widerspruchs des Mannes, eventuell falls der Mann dennoch die Operation verhinderte, ihn zur strafrechtlichen Verantwortung zu ziehen.

M. H.! Der livländische Aerztetag hat schon mehrere wesentliche allgemeine Fragen zur Förderung der Wohlfahrt unserer Clientel resp. der ganzen Provinz auf seine Tagesordnung gesetzt, speciell in der heutigen Sitzung auch eine das physische Wohlerhalten der Frau betreffende durch Inangriffnahme der Hebammenfrage; nach einer idealeren Richtung hin würden wir einen Erfolg zu verzeichnen haben, wenn es uns gelänge, die Rechtsstellung des Weibes, wo sie verkümmert ist, auf die den Forderungen der Humanität entsprechende Höhe zu bringen, zunächst das Recht der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe in vollem Umfange ihm zu verschaffen. Mit Befriedigung dürften wir auf einen solchen Erfolg blicken; würden wir damit doch einen weiteren, wenn auch kleinen Theil der Dankesschuld abtragen, der Dankesschuld, in der wir doch stets noch bleiben werden gegenüber derjenigen, die *unser* Leben erst recht lebenswerth macht, — der Frau, die es uns zu Glück und Freude gestaltet.

[1]) Dieselbe Bitte richte ich hiermit auch an die ausserhalb Livlands wohnenden Leser dieser Wochenschrift, die ich wegen Unkenntniss ihrer Adressen nicht nochmals direct um diese Gefälligkeit ersuchen kann.



Weitere Mittheilungen über ein Heilmittel gegen Tuberculose*).

Von

Professor R. Koch, Berlin.

(Aus „Deutsche Medicinische Wochenschrift" № 46 a vom 13. November 1890).

In einem Vortrage, welchen ich vor einigen Monaten auf dem internationalen medicinischen Congresse hielt, habe ich ein Mittel erwähnt, welches im Stande ist, Versuchsthiere unempfänglich gegen Impfung mit Tuberkelbacillen zu machen und bei schon erkrankten Thieren den tuberculösen Krankheitsprocess zum Stillstand zu bringen. Mit diesem Mittel sind inzwischen Versuche am Menschen gemacht, über welche im Nachstehenden berichtet werden soll.

Eigentlich war es meine Absicht, die Untersuchungen vollständig zum Abschluss zu bringen und namentlich auch ausreichende Erfahrungen über die Anwendung des Mittels in der Praxis und seine Herstellung in grösserem Maassstabe zu gewinnen, ehe ich etwas darüber veröffentlichte. Aber es ist trotz aller Vorsichtsmaassregeln zu viel davon, und zwar in entstellter und übertriebener Weise, in die Oeffentlichkeit gedrungen, so dass es mir geboten erscheint, um keine falschen Vorstellungen aufkommen zu lassen, schon jetzt eine orientirende Uebersicht über den augenblicklichen Stand der Sache zu geben. Allerdings kann dieselbe unter den gegebenen Verhältnissen nur kurz ausfallen und muss manche wichtige Fragen noch offen lassen.

Die Versuche sind unter meiner Leitung von den Herren Dr. A. Libbertz und Stabsarzt Dr. E. Pfuhl ausgeführt und zum Theil noch im Gange. Das nöthige Krankenmaterial haben zur Verfügung gestellt Herr Prof. Brieger aus seiner Poliklinik, Herr Dr. W. Levy in seiner chirurgischen Privatklinik, Herr Geheimrath Fraentzel und Herr Oberstabsarzt R. Köhler im Charité-Krankenhause und Herr Geheimrath v. Bergmann in der chirurgischen Universitätsklinik. Allen diesen Herren, sowie deren Assistenten, welche bei den Versuchen behilflich gewesen sind, möchte ich an dieser Stelle für das lebhafte Interesse, welches sie der Sache gewidmet, und für das uneigennützige Entgegenkommen, das sie mir bewiesen haben, meinen tiefgefühlten Dank aussprechen. Ohne diese vielseitige Mithilfe wäre es nicht möglich gewesen, die schwierige und verantwortungsvolle Untersuchung in wenigen Monaten so weit zu fördern.

Ueber die Herkunft und die Bereitung des Mittels kann ich, da meine Arbeit noch nicht abgeschlossen ist, hier noch keine Angaben machen, sondern muss mir dieselben für eine spätere Mittheilung vorbehalten [1]).

Das Mittel besteht aus einer bräunlichen klaren Flüssigkeit, welche an und für sich, also ohne besondere Vorsichtsmaassregeln, haltbar ist. Für den Gebrauch muss diese Flüssigkeit aber mehr oder weniger verdünnt werden, und die Verdünnungen sind, wenn sie mit destillirtem Wasser hergestellt werden, zersetzlich; es entwickeln sich darin sehr bald Bacterienvegetationen, sie werden trübe und sind dann nicht mehr zu gebrauchen. Um dies zu verhüten, müssen die Verdünnungen durch Hitze sterilisirt und unter Watteverschluss aufbewahrt, oder, was bequemer ist, mit 0,5%iger Phenollösung hergestellt werden. Durch öfteres Erhitzen sowohl, als durch die Mischung mit Phenollösung scheint aber die Wirkung nach einiger Zeit, namentlich in stark verdünnten Lösungen, beeinträchtigt zu werden, und ich habe mich deswegen immer möglichst frisch hergestellter Lösungen bedient.

Vom Magen aus wirkt das Mittel nicht; um eine zuverlässige Wirkung zu erzielen, muss es subcutan beigebracht werden. Wir haben bei unseren Versuchen zu diesem Zwecke ausschliesslich die von mir für bacteriologische Arbeiten angegebene Spritze benutzt, welche mit einem kleinen Gummiballon versehen ist und keinen Stempel hat. Eine solche Spritze lässt sich leicht und sicher durch Ausspülen mit absolutem Alkohol aseptisch erhalten, und wir schreiben es diesem Umstande zu, dass bei mehr als tau-

*) *Anmerk. der Redaction der St. Petersb. Med. Wochenschr.* Bei der ungeheueren Bedeutung der gegenwärtig die ganze Welt in Erregung und Staunen versetzenden Entdeckung des bahnbrechenden, genialen Forschers halten wir es für geboten, obige Mittheilung desselben unseren Lesern unverkürzt mitzutheilen. Ein Referat über dieselbe zu bringen ist kaum möglich, da jede Kürzung Wesentliches fortlassen und die im Artikel sich voll und ganz zeigende Einfachheit, Bescheidenheit und Grösse des berühmten Mannes nicht wiedergeben würde, dem wir diesen neuesten und grössten Triumph unserer Wissenschaft verdanken.

[1]) Diejenigen Aerzte, welche jetzt schon Versuche mit dem Mittel anstellen wollen, können dasselbe von Dr. A. Libbertz (Berlin NW., Lüneburgerstrasse 28 II) beziehen, welcher unter meiner und Dr. Pfuhl's Mitwirkung die Herstellung des Mittels übernommen hat. Doch muss ich bemerken, dass der zur Zeit vorhandene Vorrath nur ein sehr geringer ist, und dass erst nach einigen Wochen etwas grössere Mengen zur Verfügung stehen werden.

und subcutanen Injectionen nicht ein einziger Abscess entstanden ist.

Als Applicationsstelle wählten wir, nach einigen Versuchen mit anderen Stellen, die Rückenhaut zwischen den Schulterblättern und in der Lendengegend, weil die Injection an diesen Stellen am wenigsten, in der Regel sogar überhaupt keine örtliche Reaction zeigte und fast schmerzlos war.

Was nun die Wirkung des Mittels auf den Menschen anlangt, so stellte sich gleich beim Beginn der Versuche heraus, dass in einem sehr wichtigen Puncte der Mensch sich dem Mittel gegenüber wesentlich anders verhält, als das gewöhnlich benutzte Versuchsthier, das Meerschweinchen. Also wiederum eine Bestätigung der gar nicht genug einzuschärfenden Regel für den Experimentator, dass man nicht ohne weiteres vom Thierexperiment auf das gleiche Verhalten beim Menschen schliessen soll.

Der Mensch erwies sich nämlich ausserordentlich viel empfindlicher für die Wirkung des Mittels als das Meerschweinchen. Einem gesunden Meerschweinchen kann man bis zu zwei Cubikcentimetern und selbst mehr von der unverdünnten Flüssigkeit subcutan injiciren, ohne dass dasselbe dadurch merklich beeinträchtigt wird. Bei einem gesunden erwachsenen Menschen genügt dagegen 0,25 Ccm., um eine intensive Wirkung hervorzubringen. Auf Körpergewicht berechnet ist also $^1/_{1500}$ von der Menge, welche beim Meerschweinchen noch keine merkliche Wirkung hervorbringt, für den Menschen sehr stark wirkend.

Die Symptome, welche nach der Injection von 0.25 Ccm. beim Menschen entstehen, habe ich an mir selbst nach einer am Oberarm gemachten Injection erfahren; sie waren in Kürze folgende: Drei bis vier Stunden nach der Injection Ziehen in den Gliedern, Mattigkeit, Neigung zum Husten, Athembeschwerden, welche sich schnell steigerten; in der fünften Stunde trat ein ungewöhnlich heftiger Schüttelfrost ein, welcher fast eine Stunde andauerte; zugleich Uebelkeit, Erbrechen, Ansteigen der Körpertemperatur bis zu 39,6°; nach etwa 12 Stunden liessen sämmtliche Beschwerden nach, die Temperatur sank und erreichte bis zum nächsten Tage wieder die normale Höhe; Schwere in den Gliedern und Mattigkeit hielten noch einige Tage an, ebenso lange Zeit blieb die Injectionsstelle ein wenig schmerzhaft und geröthet.

Die untere Grenze der Wirkung des Mittels liegt für den gesunden Menschen ungefähr bei 0,01 Ccm. (gleich einem Cubikcentimeter der hundertfachen Verdünnung), wie zahlreiche Versuche ergeben haben. Die meisten Menschen reagirten auf diese Dosis nur noch mit leichten Gliederschmerzen und bald vorübergehender Mattigkeit. Bei einigen trat ausserdem noch eine leichte Temperatursteigerung ein bis zu 38° oder wenig darüber hinaus.

Wenn in Bezug auf die Dosis des Mittels (auf Körpergewicht berechnet) zwischen Versuchsthier und Mensch ein ganz bedeutender Unterschied besteht, so zeigt sich doch in einigen anderen Eigenschaften wieder eine ziemlich gute Uebereinstimmung.

Die wichtigste dieser Eigenschaften ist *die specifische Wirkung des Mittels auf tuberculöse Processe, welcher Art sie auch sein mögen.*

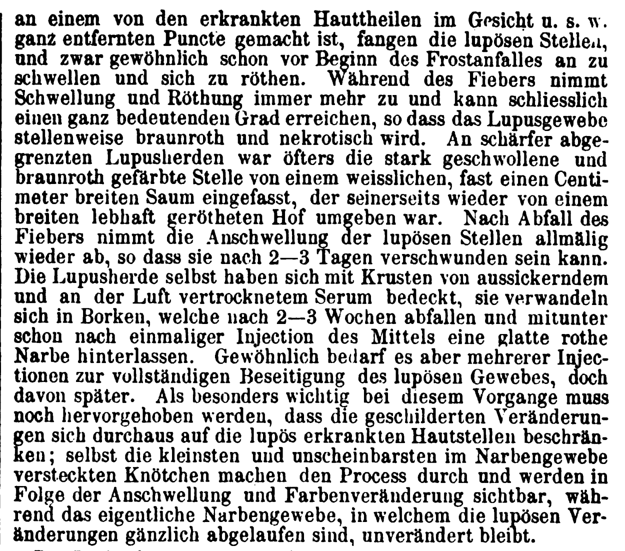
Das Verhalten des Versuchsthieres in dieser Beziehung will ich, da dies zu weit führen würde, hier nicht weiter schildern, sondern mich sofort dem höchst merkwürdigen Verhalten des tuberculösen Menschen zuwenden.

Der gesunde Mensch reagirt, wie wir gesehen haben, auf 0,01 Ccm. gar nicht mehr oder in unbedeutender Weise. Ganz dasselbe gilt auch, wie vielfache Versuche gezeigt haben, für kranke Menschen, vorausgesetzt, dass sie nicht tuberculös sind. Aber ganz anders gestalten sich die Verhältnisse bei Tuberculösen; wenn man diesen dieselbe Dosis des Mittels (0,01 Ccm.) injicirt [1]), dann tritt sowohl eine starke allgemeine, als auch eine örtliche Reaction ein.

Die allgemeine Reaction besteht in einem Fieberanfall, welcher, meistens mit einem Schüttelfrost beginnend, die Körpertemperatur über 39°, oft bis 40 und selbst 41° steigert; daneben bestehen Gliederschmerzen, Hustenreiz, grosse Mattigkeit, öfters Uebelkeit und Erbrechen. Einige Male wurde eine leichte icterische Färbung, in einigen Fällen auch das Auftreten eines masernartigen Exanthems an Brust und Hals beobachtet. Der Anfall beginnt in der Regel 4—5 Stunden nach der Injection und dauert 12—15 Stunden. Ausnahmsweise kann er auch später auftreten und verläuft dann mit geringerer Intensität. Die Kranken werden von dem Anfall auffallend wenig angegriffen und fühlen sich, sobald er vorüber ist, verhältnissmässig wohl, gewöhnlich sogar besser wie vor demselben.

Die örtliche Reaction kann am besten an solchen Kranken beobachtet werden, deren tuberculöse Affection sichtbar zu Tage liegt, also z. B. bei Lupuskranken. Bei diesen treten Veränderungen ein, welche die specifisch antituberculöse Wirkung des Mittels in einer ganz überraschenden Weise erkennen lassen. Einige Stunden nachdem die Injection unter die Rückenhaut, also

[1]) Kindern im Alter von 3—5 Jahren haben wir ein Zehntel dieser Dosis, also 0,001, sehr schwächlichen Kindern nur 0,0005 Ccm. gegeben und damit eine kräftige, aber nicht besorgnisserregende Reaction erhalten.



an einem von den erkrankten Hauttheilen im Gesicht u. s. w. ganz entfernten Puncte gemacht ist, fangen die lupösen Stellen, und zwar gewöhnlich schon vor Beginn des Frostanfalles an zu schwellen und sich zu röthen. Während des Fiebers nimmt Schwellung und Röthung immer mehr zu und kann schliesslich einen ganz bedeutenden Grad erreichen, so dass das Lupusgewebe stellenweise braunroth und nekrotisch wird. An schärfer abgegrenzten Lupusherden war öfters die stark geschwollene und braunroth gefärbte Stelle von einem weisslichen, fast einen Centimeter breiten Saum eingefasst, der seinerseits wieder von einem breiten lebhaft gerötheten Hof umgeben war. Nach Abfall des Fiebers nimmt die Anschwellung der lupösen Stellen allmälig wieder ab, so dass sie nach 2—3 Tagen verschwunden sein kann. Die Lupusherde selbst haben sich mit Krusten von aussickerndem und an der Luft vertrocknetem Serum bedeckt, sie verwandeln sich in Borken, welche nach 2—3 Wochen abfallen und mitunter schon nach einmaliger Injection des Mittels eine glatte rothe Narbe hinterlassen. Gewöhnlich bedarf es aber mehrerer Injectionen zur vollständigen Beseitigung des lupösen Gewebes, doch davon später. Als besonders wichtig bei diesem Vorgange muss noch hervorgehoben werden, dass die geschilderten Veränderungen sich durchaus auf die lupös erkrankten Hautstellen beschränken; selbst die kleinsten und unscheinbarsten im Narbengewebe versteckten Knötchen machen den Process durch und werden in Folge der Anschwellung und Farbenveränderung sichtbar, während das eigentliche Narbengewebe, in welchem die lupösen Veränderungen gänzlich abgelaufen sind, unverändert bleibt.

Die Beobachtung eines mit dem Mittel behandelten Lupuskranken ist so instructiv und muss zugleich so überzeugend in Bezug auf die specifische Natur des Mittels wirken, dass jeder, der sich mit dem Mittel beschäftigen will, seine Versuche, wenn es irgend zu ermöglichen ist, mit Lupösen beginnen sollte.

Weniger frappant, aber immer noch für Auge und Gefühl wahrnehmbar, sind die örtlichen Reactionen bei Tuberculose der Lymphdrüsen, der Knochen und Gelenke u. s. w., bei welchen Anschwellung, vermehrte Schmerzhaftigkeit, bei oberflächlich gelegenen Theilen auch Röthung sich bemerklich machen.

Die Reaction in den inneren Organen, namentlich in den Lungen, entzieht sich dagegen der Beobachtung, wenn man nicht etwa vermehrten Husten und Auswurf der Lungenkranken nach den ersten Injectionen auf eine örtliche Reaction beziehen will. In derartigen Fällen dominirt die allgemeine Reaction. Gleichwohl muss man annehmen, dass auch hier sich gleiche Veränderungen vollziehen, wie sie beim Lupus direct beobachtet werden.

Die geschilderten Reactionserscheinungen sind, wenn irgend ein tuberculöser Process im Körper vorhanden war, auf die Dosis von 0,01 Ccm. in den bisherigen Versuchen ausnahmslos eingetreten, und ich glaube deswegen nicht zu weit zu gehen, wenn ich annehme, dass das Mittel in Zukunft ein unentbehrliches *diagnostisches Hilfsmittel* bilden wird. Man wird damit im Stande sein, zweifelhafte Fälle von beginnender Phthisis selbst dann noch zu diagnosticiren, wenn es nicht gelingt, durch den Befund von Bacillen oder elastischen Fasern im Sputum, oder durch die physikalische Untersuchung eine sichere Auskunft über die Natur des Leidens zu erhalten. Drüsenaffectionen, versteckte Knochentuberculose, zweifelhafte Hauttuberculose und dergleichen werden leicht und sicher als solche zu erkennen sein. In scheinbar abgelaufenen Fällen von Lungen- und Gelenkstuberculose wird sich feststellen lassen, ob der Krankheitsprocess in Wirklichkeit schon seinen Abschluss gefunden hat, und ob nicht doch noch einzelne Herde vorhanden sind, von denen aus die Krankheit, wie von einem unter der Asche glimmenden Funken, später von neuem um sich greifen könnte.

Sehr viel wichtiger aber als die Bedeutung, welche das Mittel für diagnostische Zwecke hat, ist seine Heilwirkung.

Bei der Beschreibung der Veränderungen, welche eine subcutane Injection des Mittels auf lupös veränderte Hautstellen hervorruft, wurde bereits erwähnt, dass nach Abnahme der Schwellung und Röthung das Lupusgewebe nicht seinen ursprünglichen Zustand wieder einnimmt, sondern dass es mehr oder weniger zerstört wird und verschwindet. An einzelnen Stellen geht dies, wie der Augenschein lehrt, in der Weise vor sich, dass das kranke Gewebe schon nach einer ausreichenden Injection unmittelbar abstirbt und als todte Masse später abgestossen wird. An anderen Stellen scheint mehr ein Schwund oder eine Art von Schmelzung des Gewebes einzutreten, welche, um vollständig zu werden, wiederholter Einwirkung des Mittels bedarf. In welcher Weise dieser Vorgang sich vollzieht, lässt sich augenblicklich noch nicht mit Bestimmtheit sagen, da es an den erforderlichen histologischen Untersuchungen fehlt. Nur so viel steht fest, dass es sich nicht um eine Abtödtung der im Gewebe befindlichen Tuberkelbacillen handelt, sondern dass nur das Gewebe, welches die Tuberkelbacillen einschliesst, von der Wirkung des Mittels getroffen wird. In diesem treten, wie die sichtbare Schwellung und Röthung zeigt, erhebliche Circulationsstörungen und damit offenbar tiefgreifende Veränderungen in der Ernährung ein, welche das Gewebe je nach der Art und Weise, in welcher man das Mittel wirken lässt, mehr oder weniger schnell und tief zum Absterben bringen.



Das Mittel tödtet also, um es noch einmal kurz zu wiederholen, nicht die Tuberkelbacillen, sondern das tuberculöse Gewebe. Damit ist aber auch sofort ganz bestimmt die Grenze bezeichnet, bis zu welcher die Wirkung des Mittels sich zu erstrecken vermag. Es ist nur im Stande, lebendes tuberculöses Gewebe zu beeinflussen; auf bereits todtes, z. B. abgestorbene käsige Massen, nekrotische Knochen u. s. w., wirkt es nicht; ebensowenig auch auf das durch das Mittel selbst zum Absterben gebrachte Gewebe. In solchen todten Gewebsmassen können dann immerhin noch lebende Tuberkelbacillen lagern, welche entweder mit dem nekrotischen Gewebe ausgestossen werden, möglicherweise aber auch unter besonderen Verhältnissen in das benachbarte noch lebende Gewebe wieder eindringen könnten.

Gerade diese Eigenschaft des Mittels ist sorgfältig zu beachten, wenn man die Heilwirkung desselben richtig ausnutzen will. Es muss also zunächst das noch lebende tuberculöse Gewebe zum Absterben gebracht, und dann alles aufgeboten werden, um das todte sobald als möglich, z. B. durch chirurgische Nachhilfe, zu entfernen; da aber, wo dies nicht möglich ist, und nur durch Selbsthilfe des Organismus die Aussonderung langsam vor sich gehen kann, muss zugleich durch fortgesetzte Anwendung des Mittels das gefährdete lebende Gewebe vor dem Wiedereinwandern der Parasiten geschützt werden.

Daraus, dass das Mittel das tuberculöse Gewebe zum Absterben bringt und nur auf das lebende Gewebe wirkt, lässt sich ungezwungen noch ein anderes, höchst eigenthümliches Verhalten des Mittels erklären, dass es nämlich in sehr schnell gesteigerten Dosen gegeben werden kann. Zunächst könnte diese Erscheinung als auf Angewöhnung beruhend gedeutet werden. Wenn man aber erfährt, dass die Steigerung der Dosis im Laufe von etwa drei Wochen bis auf das 500fache der Anfangsdosis getrieben werden kann, dann lässt sich dies wohl nicht mehr als Angewöhnung auffassen, da es an jedem Analogon von so weitgehender und so schneller Anpassung an ein starkwirkendes Mittel fehlt.

Man wird sich diese Erscheinung vielmehr so zu erklären haben, dass anfangs viel tuberculöses lebendes Gewebe vorhanden ist, und dem entsprechend eine geringe Menge der wirksamen Substanz ausreicht, um eine starke Reaction zu veranlassen; durch jede Injection wird aber eine gewisse Menge reationsfähigen Gewebes zum Schwinden gebracht, und es bedarf dann verhältnissmässig immer grösserer Dosen, um denselben Grad von Reaction wie früher zu erzielen. Daneben her mag auch innerhalb gewisser Grenzen eine Angewöhnung sich geltend machen. Sobald der Tuberculöse so weit mit steigenden Dosen behandelt ist, dass er nur noch ebensowenig reagirt, wie ein Nichttuberculöser, dann darf man wohl annehmen, dass alles reactionsfähige tuberculöse Gewebe getödtet ist. Man wird alsdann nur noch, um den Kranken, solange noch Bacillen im Körper vorhanden sind, vor einer neuen Infection zu schützen, mit langsam steigenden Dosen und mit Unterbrechungen die Behandlung fortzusetzen haben.

Ob diese Auffassung und die sich daran knüpfenden Folgerungen richtig sind, das wird die Zukunft lehren müssen. Vorläufig sind sie für mich maassgebend gewesen, um danach die Art und Weise der Anwendung des Mittels zu construiren, welche sich bei unseren Versuchen folgendermaassen gestaltete:

Um wieder mit dem einfachsten Falle, nämlich mit dem Lupus zu beginnen, so haben wir fast bei allen derartigen Kranken von vornherein die volle Dosis von 0,01 Ccm. injicirt, dann die Reaction vollständig ablaufen lassen und nach 1—2 Wochen wieder 0,01 Ccm. gegeben, so fortfahrend, bis die Reaction immer schwächer wurde und schliesslich aufhörte. Bei zwei Kranken mit Gesichtslupus sind in dieser Weise durch drei bezw. vier Injectionen die lupösen Stellen zur glatten Vernarbung gebracht, die übrigen Lupuskranken sind der Dauer der Behandlung entsprechend gebessert. Alle diese Kranken haben ihr Leiden schon viele Jahre getragen und sind vorher in der verschiedensten Weise erfolglos behandelt.

Ganz ähnlich wurden Drüsen-, Knochen- und Gelenktuberculose behandelt, indem ebenfalls grosse Dosen mit längeren Unterbrechungen zur Anwendung kamen. Der Erfolg war der gleiche wie bei Lupus; schnelle Heilung in frischen und leichteren Fällen, langsam fortschreitende Besserung bei den schweren Fällen.

Etwas anders gestalteten sich die Verhältnisse bei der Hauptmasse unserer Kranken, bei den Phthisikern. Kranke mit ausgesprochener Lungentuberculose sind nämlich gegen das Mittel weit empfindlicher, als die mit chirurgischen tuberculösen Affectionen behafteten. Wir mussten die für Phthisiker anfänglich zu hoch bemessene Dosis von 0,01 Ccm. sehr bald herabsetzen und fanden, dass Phthisiker fast regelmässig noch auf 0,002 und selbst 0,001 Ccm. stark reagirten, dass man aber von dieser niedrigen Anfangsdosis mehr oder weniger schnell zu denselben Mengen aufsteigen kann, welche auch von den anderen Kranken gut ertragen werden. Wir verfuhren in der Regel so, dass der Phthisiker zuerst 0,001 Ccm. injicirt erhielt, und dass, wenn Temperaturerhöhung danach eintrat, dieselbe Dosis so lange täglich einmal wiederholt wurde, bis keine Reation mehr erfolgte; erst dann wurde auf 0,002 gestiegen, bis auch diese Menge reactionslos vertragen wurde, und so fort immer um 0,001 oder höchstens 0,002 steigend bis zu 0,01 und darüber hinaus. Dieses milde Verfahren schien mir namentlich bei solchen Kranken geboten, deren Kräftezustand ein geringer war. Wenn man in der geschilderten Weise vorgeht, lässt es sich erreichen, dass ein Kranker fast ohne Fiebertemperatur und für ihn fast unmerklich auf sehr hohe Dosen des Mittels gebracht werden kann. Einige noch einigermaassen kräftige Phthisiker wurden aber auch theils von vornherein mit grossen Dosen, theils mit forcirter Steigerung in der Dosis behandelt, wobei es den Anschein hatte, als ob der günstige Erfolg entsprechend schneller eintrat. Die Wirkung des Mittels äusserte sich bei den Phthisikern im allgemeinen so, dass Husten und Auswurf nach den ersten Injectionen gewöhnlich etwas zunahmen, dann aber mehr und mehr geringer wurden, um in den günstigsten Fällen schliesslich ganz zu verschwinden; auch verlor der Auswurf seine Beschaffenheit, er wurde schleimig. Die Zahl der Bacillen (es sind nur solche Kranke zum Versuch gewählt, welche Bacillen im Auswurf hatten) nahm gewöhnlich erst dann ab, wenn der Auswurf schleimiges Aussehen hatte. Sie verschwanden dann zeitweilig ganz, wurden aber von Zeit zu Zeit wieder angetroffen, bis der Auswurf vollständig wegblieb. Gleichzeitig hörten die Nachtschweisse auf, das Aussehen besserte sich, und die Kranken nahmen an Gewicht zu. Die im Anfangsstadium der Phthisis behandelten Kranken sind sämmtlich im Laufe von 4—6 Wochen von allen Krankheitssymptomen befreit, so dass man sie als geheilt ansehen konnte. Auch Kranke mit nicht zu grossen Cavernen sind bedeutend gebessert und nahezu geheilt. Nur bei solchen Phthisikern, deren Lungen viele und grosse Cavernen enthielten, war, obwohl der Auswurf auch bei ihnen abnahm, und das subjective Befinden sich besserte, doch keine objective Besserung wahrzunehmen. Nach diesen Erfahrungen möchte ich annehmen, *dass beginnende Phthisis durch das Mittel mit Sicherheit zu heilen ist*[3]). Theilweise mag dies auch noch für die nicht zu weit vorgeschrittenen Fälle gelten.

Aber Phthisiker mit grossen Cavernen, bei denen wohl meistens Complicationen, z. B. durch das Eindringen von anderen eitererregenden Mikroorganismen in die Cavernen, durch nicht mehr zu beseitigende pathologische Veränderungen in anderen Organen u. s. w. bestehen, werden wohl nur ausnahmsweise einen dauernden Nutzen von der Anwendung des Mittels haben. Vorübergehend gebessert wurden indessen auch derartige Kranke in den meisten Fällen. Man muss daraus schliessen, dass auch bei ihnen der ursprüngliche Krankheitsprocess, die Tuberculose, durch das Mittel in derselben Weise beeinflusst wird, wie bei den übrigen Kranken, und dass es gewöhnlich nur an der Möglichkeit fehlt, die abgetödteten Gewebsmassen nebst den secundären Eiterungsprocessen zu beseitigen. Unwillkürlich wird da der Gedanke wachgerufen, ob nicht doch noch manchen von diesen Schwerkranken durch Combination des neuen Heilverfahrens mit chirurgischen Eingriffen (nach Art der Empyemoperation), oder mit anderen Heilfactoren zu helfen sein sollte. Ueberhaupt möchte ich dringend davon abrathen, das Mittel etwa in schematischer Weise und ohne Unterschied bei allen Tuberculösen anzuwenden. Am einfachsten wird sich voraussichtlich die Behandlung bei beginnender Phthise und bei einfachen chirurgischen Affectionen gestalten, aber bei allen anderen Fällen von Tuberculose sollte man die ärztliche Kunst in ihre vollen Rechte treten lassen, indem sorgfältig individualisirt wird und alle anderen Hilfsmittel herangezogen werden, um die Wirkung des Mittels zu unterstützen. In vielen Fällen habe ich den entschiedenen Eindruck gehabt, als ob die Pflege, welche den Kranken zu Theil wurde, auf die Heilwirkung von nicht unerheblichem Einfluss war, und ich möchte deswegen der Anwendung des Mittels in geeigneten Anstalten, in welchen eine sorgfältige Beobachtung der Kranken und die erforderliche Pflege derselben am besten durchzuführen ist, vor der ambulanten oder Hausbehandlung den Vorzug geben. Inwieweit die bisher als nützlich erkannten Behandlungsmethoden, die Anwendung des Gebirgsklimas, die Freiluftbehandlung, specifische Ernährung u. s. w. mit dem neuen Verfahren vortheilhaft combinirt werden können, lässt sich augenblicklich noch nicht absehen; aber ich glaube, dass auch diese Heilfactoren in sehr vielen Fällen, namentlich in den vernachlässigten und schweren Fällen, ferner im Reconvalescenzstadium im Verein mit dem neuen Verfahren von bedeutendem Nutzen sein werden[4]).

Der Schwerpunct des neuen Heilverfahrens liegt, wie gesagt, in der möglichst frühzeitigen Anwendung. Das Anfangsstadium der Phthise soll das eigentliche Object der Behandlung sein, weil sie diesem gegenüber ihre Wirkung voll und ganz entfalten kann.

---

[3]) Dieser Ausspruch bedarf allerdings noch insofern einer Einschränkung, als augenblicklich noch keine abschliessenden Erfahrungen darüber vorliegen und auch noch nicht vorliegen können, ob die Heilung eine definitive ist. Recidive sind selbstverständlich vorläufig noch nicht ausgeschlossen. Doch ist wohl anzunehmen, dass dieselben ebenso leicht und schnell zu beseitigen sein werden, wie der erste Anfall.

Andererseits wäre es auch möglich, dass nach Analogie mit anderen Infectionskrankheiten die einmal Geheilten dauernd immun werden. Auch dies muss bis auf weiteres als eine offene Frage angesehen werden.

[4]) In Bezug auf Gehirn-, Kehlkopf- und Miliartuberculose stand uns zu wenig Material zu Gebote, um darüber Erfahrungen sammeln zu können.



Deswegen kann aber auch gar nicht eindringlich genug darauf hingewiesen werden, dass in Zukunft viel mehr, als es bisher der Fall war, seitens der praktischen Aerzte alles aufgeboten werden muss, um die Phthisis so frühzeitig als möglich zu diagnosticiren. Bislang wurde der Nachweis der Tuberkelbacillen im Sputum mehr als eine nicht uninteressante Nebensache betrieben, durch welche zwar die Diagnose gesichert, dem Kranken aber kein weiterer Nutzen geschafft wird, die deswegen auch nur zu oft unterlassen wurde, wie ich noch wieder in letzter Zeit an zahlreichen Phthisikern erfahren habe, welche gewöhnlich durch die Hände mehrerer Aerzte gegangen waren, ohne dass ihr Sputum auch nur einmal untersucht war. In Zukunft muss das anders werden. Ein Arzt, welcher es unterlässt, mit allen ihm zu Gebote stehenden Mitteln, namentlich mit Hilfe der Untersuchung des verdächtigen Sputums auf Tuberkelbacillen die Phthisis so früh als möglich zu constatiren, macht sich damit einer schweren Vernachlässigung seines Kranken schuldig, weil von dieser Diagnose und der auf Grund derselben schleunigst eingeleiteten specifischen Behandlung das Leben des Kranken abhängen kann. In zweifelhaften Fällen sollte sich der Arzt durch eine Probeinjection die Gewissheit über das Vorhandensein oder Fehlen der Tuberculose verschaffen.

Dann erst wird das neue Heilverfahren zu einem wahren Segen für die leidende Menschheit geworden sein, wenn es dahin gekommen ist, dass möglichst alle Fälle von Tuberculose frühzeitig in Behandlung genommen werden, und es gar nicht mehr zur Ausbildung der vernachlässigten schweren Formen kommt, welche die unerschöpfliche Quelle für immer neue Infectionen bisher gebildet haben.

Zum Schluss möchte ich noch bemerken, dass ich absichtlich statistische Zahlenangaben und Schilderung einzelner Krankheitsfälle in dieser Mittheilung unterlassen habe, weil diejenigen Aerzte, zu deren Krankenmaterial die für unsere Versuche benutzten Kranken gehörten, selbst die Beschreibung der Fälle übernommen haben, und ich ihnen in einer möglichst objectiven Darstellung ihrer Beobachtungen nicht vorgreifen wollte.

Referate.

Schoeler: Zur operativen Behandlung der Netzhautablösung mittelst Jodinjection in den Bulbus, mit Demonstration geheilter Fälle. Vortrag, geh. in der Berl. med. Ges. am 7. Mai 1890. (Berl. klin. W. № 34 und 35, 1890).

Einschliesslich der fünf bereits früher publicirten Fälle (Ref. s. diese Wochenschr. 1889, S. 82 und 280) hat Sch. nunmehr im Ganzen 26 Fälle von Netzhautablösung operativ mit Injectionen behandelt, davon 22 mit Injection von reiner Jodtinctur, je 2 mit solcher von Lugol'scher Lösung und von Natr. salicyl. 1 : 3 Aq. destill. Es werden in Kürze die Krankheitsgeschichten der betr. Fälle mitgetheilt und zahlreiche Gesichtsfeldschemata vorgeführt. Die Resultate der Behandlung, kurz zusammengefasst, sind folgende: In 6 Fällen (Jodtinctur) wurde dauernde Heilung mit völliger Wiederanlegung der Netzhaut bei zehn- resp. achtzehnmonatlicher Beobachtungsdauer erzielt, in 2 Fällen (1 Jodtinctur, 1 Natr. salicyl.) stetig fortschreitender Uebergang in dauernde Heilung, in 6 Fällen (Jodtinctur) vorübergehende Anlegung der Netzhaut während 2—5 Wochen. Von den übrigen 12 Fällen, welche kein günstiges Resultat gaben, hatten nur 3 einen unglücklichen Ausgang infolge von Blutung in den Glaskörper. Charakteristisch für die Fälle von vorübergehender Anlegung der Netzhaut waren zu geringe reactive Aderhaut-Netzhautveränderungen. Die entzündlichen Reizerscheinungen von Seiten des Auges nach Injection der Jodtinctur waren stets mässige, und zwar geringer, wenn die injicirte Masse subretinal blieb. Die zu injicirende Menge bewegt sich am besten zwischen $^1/_2$—$^3/_4$ Theilstrich der Pravaz'schen Spritze; nur wenn subretinal injicirt wird, kann die doppelte Menge genommen werden; in letzterem Falle sind die reactiven Trübungen des Glaskörpers geringer und fehlen auch alle Veränderungen an der Linse. Immerhin bleibt es wünschenswerth, nach solchen Mitteln zu suchen, welche niemals zu starke Reactionen im Glaskörper hervorrufen, keinen nachtheiligen Einfluss auf die Linse ausüben und eine diffusere, gleichmässig stärkere Reaction in der Netzhaut hervorrufen. Doch kann schon jetzt constatirt werden, dass es geglückt ist, durch Injection reizender Substanzen in's Augeninnere dauernde Wiederanlegung der abgelösten Netzhaut zu Stande zu bringen, unter mehr oder minder vollständiger Restitution der früheren Sehschärfe, wie des früheren Gesichtsfeldes.

Verf. weist sehr energisch die von Schweigger in der ophthalmol. Gesellschaft (Heidelberg 1889) gegen ihn gerichteten Angriffe zurück und beruft sich ferner auf die von anderer Seite (Maklakow, Dubarry-Abadie, Dufour, Dürr, Mooren) mitgetheilten Erfolge seines Verfahrens.

Blessig.

Johann Cséri: Die mechanische Behandlung des Magens. (Wiener med. Wochenschr. № 31).

Die Massage des Magens hat bisher eine sehr beschränkte Anwendung erfahren. Nach Ziemssen findet sie ihre Berechtigung nur bei mässigen Graden von Ectasie mit Atrophie der Magenmuscularis. Cséri hat bei chronischen Verdauungsstörungen verschiedener Provenienz, namentlich auch bei nervöser Dyspepsie mit der Massage ausgezeichnete Erfolge erzielt. Er massirt bei vollem Magen 2—3 Stunden nach der Hauptmahlzeit, indem er den Magen vom Fundus gegen den Pylorus zu anfangs leise und oberflächlich, später jedoch kräftiger 10—25 Minuten lang abwechselnd streicht und knetet; der Patient befindet sich mit eingezogenen Knien in der Rückenlage und athmet mit offenem Munde. Zum Schlusse wird auch der Darm massirt. Die Manipulation verursacht keinerlei Unannehmlichkeiten, nach derselben stellt sich sofort Wärme und Wohlbehagen im Magen ein, das gewohnte Druckgefühl schwindet, da während der Massage eine grosse Menge von Gasen durch Aufstossen nach oben entleert wird. Die Massage des *vollen* Magens hat noch das Gute, dass während der Verdauungszeit die Secretionsthätigkeit erhöht, die Magenperistaltik angeregt und ein Theil des Mageninhaltes in den Darm hineinmassirt wird. Dazu kommen noch die günstigen Wirkungen der Massage auf die Circulations- und Ernährungsverhältnisse des Magens und endlich die Regelung der Defäcation durch die Ausdehnung der Massage auf den Darm. Die Indication für die Massage des Magens geben alle nervösen und atonischen Verdauungsstörungen, sowie Ectasien. Die Contraindicationen bilden selbstverständlich Geschwüre und Neubildungen.

Wanach.

Prof. Arnoldo Cantani: Wärmeentziehung mittelst reichlichen Trinkens und mittelst kalter Enteroklyse. (Berl. klin. Woch. № 31.)

Verf. macht auf einige Methoden der Wärmeentziehung aufmerksam, die von ihm vornehmlich beim Abdominal- und Flecktyphus angewandt werden, nicht etwa als Ersatz der üblichen auf die Haut wirkenden hydriatrischen Wärmeentziehungsmethoden, sondern zur Unterstützung derselben. Beim Flecktyphus verordnet Cantani grosse Quantitäten kalten Wassers zum Trinken (bis 6 Liter). beim Typhus abdominalis werden solche grosse Quantitäten nicht vertragen; hier wendet er neben dem Kaltwassertrinken auch kalte Enteroklyse (2 Liter) an. Gewöhnlich tritt eine starke Polyurie auf. Das kalte Wasser, in grosser Menge dem Organismus einverleibt, kühlt den ganzen Körper und das Blut ab, ferner wird auch eine Anhäufung giftiger Ptomaine im Körper verhindert. Beim Ileotyphus setzt Cantani zum Clysma 3—10 Gramm Gerbsäure und 10—50 Gramm Carbolsäure oder 1—2 Gramm Chininum mur. hinzu. Dadurch werden die Darmerscheinungen gemildert.

Verf. ist der Meinung, dass man eine abortive Behandlung des Ileotyphus erzielen kann, wenn man frühzeitig die desinficirende Enteroklyse nebst dem Trinken von kaltem Wasser anwendet.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

v. Krafft-Ebing: Psychopathia sexualis, mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung. Fünfte Auflage. Stuttgart 1890. Enke. 295 pag.

Die vielgelesene Monographie v. K.-E.'s über die sexuellen Perversitäten bedarf kaum einer besonderen Empfehlung. Die vorliegende fünfte Auflage — die erste erschien 1886 — ist an Werth gegenüber den früheren namentlich durch eine reiche Vermehrung der Krankengeschichten gewachsen. Eine breite casuistische Grundlage macht besonders die Ausführungen des Verf. über die sog. conträre Sexualempfindung werthvoll: hier stützt sich die klinische Schilderung auf eine ganze Reihe ausführlicher Autobiographien. Von besonderem Interesse ist dann in diesem Abschnitte das Capitel Therapie, in welchem der Verf. seine bisherigen Erfahrungen über die Beeinflussung der conträren Sexualempfindung durch Hypnose und Suggestion vorführt. Hierbei zeigte sich entschiedener Erfolg in den Fällen von *erworbener* conträrer Sexualempfindung, während bei der angeborenen Perversität der Erfolg nur ein partieller war. Dieselben bieten also weniger Chancen für eine glückliche Behandlung. Immerhin werden wir aber auch hier bei der Hartnäckigkeit der Symptome, die keiner bekannten Behandlungsweise weichen, an Hypnose denken dürfen und in einzelnen Fällen (wie Beob. 109 beweist) positiven Erfolg erleben. Weitere Veröffentlichungen des Verf. werden uns wohl auch über die Dauer dieser Erfolge weitere Mittheilungen bringen (in einem Falle ist die Dauer des Erfolges für $1^1/_2$ Jahre constatirt).

Mit diesen Hinweisen möge zum Detailstudium des Werkes aufgefordert werden, das gegenwärtig für Aerzte wie für Juristen die vollkommenste Darstellung der pathologischen Erscheinungen des Sexuallebens bildet.

Mercklin.

Karl Szadek (Kiew): Index bibliographicus Dermatologiae. Erster Jahrgang. Die Literatur des Jahres 1888. Hamburg und Leipzig 1890. Leopold Voss.

Bereits seit einigen Jahren giebt unser verdienstvoller Landsmann einen Index bibliographicus der Syphilidologie heraus.



Nunmehr hat er sich die sehr dankenswerthe Aufgabe gestellt, auch die Bibliographie der Hautkrankheiten zu bearbeiten. Wir müssen dem vorliegenden ersten Theil unsere volle Anerkennung zollen. Wer da weiss, welche Mühe es kostet, bei unserer heutigen Graphophilie aus den zu zahlreich erscheinenden Zeitschriften die Specialarbeiten hervorzusuchen, wird auch die Arbeit Szadek's voll zu würdigen verstehen und dem Verf. dankbar sein. Derartige Indices erleichtern das Zusammenstellen der Literatur bei Bearbeitung einer bestimmten Arbeit ungemein.

Zum Schlusse möchten wir nur den Wunsch aussprechen, bei dem nächsten Jahrgange ein Inhaltsverzeichniss nach Krankheitsbezeichnungen zu finden, bisher hat Verf. das Material nur nach grösseren Krankheitsgruppen geordnet.

Die Ausstattung entspricht vollkommen dem rührigen Verlage von L. Voss. Petersen.

Albert Reibmayer: Kurze Anleitung zur mechanisch-physikalischen Behandlung der Fettleibigkeit. Leipzig und Wien 1890. Franz Deutike. Mit 29 Holzschnitten.

Verf. bietet in der Schrift eigentlich nichts Neues; er betont, dass man meist bei der Behandlung der Fettleibigkeit das Hauptgewicht auf die „Einnahmen" legt, und die „Ausgaben" vernachlässigt; er möchte besonders eine Regulirung der Ausgaben im Verhältniss zu den Einnahmen betonen, und dieses könne geschehen, indem man folgende Gesichtspuncte in Betracht zieht: 1) Einnahmen bleiben gleich, Ausgaben werden vermehrt. (Letztere durch die Urinsecretion, Darm- und Hautfunction, Lungengymnastik, vermehrten Verbrauch an Gewebstheilen durch körperliche Arbeit, Massage, Gymnastik). 2) Einnahmen werden vermindert, Ausgaben bleiben gleich. 3) Einnahmen werden vermindert, Ausgaben werden vermehrt. — Verf. giebt den Rath, jede plötzliche Verminderung der Einnahme von Speise und Trank zu vermeiden, da leicht schlimme Störungen in dem Leben des Organismus eintreten können, und überhaupt die Verminderung des Körpergewichtes in gewissem Maasse zu beschränken sei. Das Nähere sehe man im Original nach. Grimm.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 27. April 1890.

Herr Dehio: „Ueber eigenthümliche Pilzvegetationen im Harne".

Ein ca. 40 Jahre alter Arzt hat seit 12 Jahren einen etwa kopfgrossen, runden, prallen, schmerzlosen Tumor im Abdomen. Nach einem heftigen Falle auf den Rücken trat vor einigen Monaten Fieber auf, das einige Tage andauerte; gleichzeitig bemerkte Pat. zum ersten Mal Pyurie, welche bis zur Stunde besteht. Bei Untersuchung des Pat. fand Vortragender einen prallelastischen, deutlich fluctuirenden, kopfgrossen Tumor, der in der rechten Bauchhälfte sass und die lufthaltigen Därme nach vorn verschoben hatte. Nach Entleerung des Urins verkleinerte sich der Tumor, um sich nach einigen Stunden wieder praller zu füllen: Hydronephrose. Der Harn reagirte sauer, war sehr trübe, enthielt Eiweiss und reichliche Mengen von Eiterkörperchen. Ausserdem fanden sich im Sediment *strahlig angeordnete Pilzfäden*, zwischen denen viele zellige Gebilde lagen, welche ihrem Aussehen und ihrer Grösse nach für Hefezellen gehalten werden mussten.

Auf Grund von Reincultur auf Peptongelatine, Agar und Bouillon spricht D. sich für den Hefepilz oder eine Oidiumart aus. Ueber den Weg, auf dem der Pilz in die Harnwege gerathen, war nichts Sicheres festzustellen.

Herr Hartge giebt an, dass Pat. sich während 12 Jahren selbst untersucht, vor dem erwähnten Falle aber nie Eiter im Harne bemerkt hat, obgleich schon damals Tumorinhalt und Harnwege in Verbindung standen. Unerklärt bleibe das plötzliche Auftreten von Pilzen und Eiter im Harne. Im frischen Urin seien übrigens neben der Hefe noch eine Menge anderer Mikroorganismen, sowohl Kokken als auch Bacillen vorhanden gewesen.

Herr Dehio erwidert, dass er solche in steril aufgefangenem Harne nicht habe nachweisen können.

Herr Zoege v. Manteuffel hält einen Vortrag: „Ueber Ileus".

Im Anschluss an 16, zum Theil in der chirurg. Klinik beobachtete Fälle bespricht Vortragender die Diagnose des Ileus, wobei er die Bedeutung des v. Wahl'schen Symptoms, des localen Meteorismus besonders hervorhebt. Abgesehen davon, dass dieses Symptom eine frühe Diagnose gestattet, ermöglicht es auch eine systematische Eintheilung sämmtlicher Ileusfälle vom patholog.-anatom. Standpuncte.

Wenn man einen Strangulationsileus (Strangul. des Mesent. durch Ligamente, Achsendrehungen und dergl.) streng unterscheidet von einem Obturationsileus (Achsendrehung um die Darmachse, Stenosen, Fremdkörper etc.), so folgen daraus therapeutisch ganz bestimmte Indicationsstellungen, die im ersteren Falle die Laparotomie, im letzteren ein temporisirendes Verhalten und die Colotomie ergeben.

Im Anschlusse hieran bespricht Vortr. den Mechanismus der Entstehung von Flexurdrehungen. (Der Vortrag ist zum Druck bestimmt).

Herr Dehio wendet sich gegen den vom Vortr. gewählten Namen: Strangulationsileus. Derselbe könne im Sinne der Strangulation des Darmes verstanden werden, mithin zu irrthümlicher Auffassung führen.

Herr Zoege: Eine präcisere Nomenclatur sei zur Zeit nicht möglich.

Herr Sahmen erinnert an einen von ihm mitgetheilten Fall, wo Einklemmung eines Gallensteines zum Bilde der Occlusion führte. (Protokoll vom 22. Sept.).

Herr Zoege glaubt diesen Fall in die Kategorie des sogen. „dynamischen Ileus" einreihen zu müssen. Was die Unmöglichkeit der genügenden Einführung des Darmrohres anlangt, so ist das bei langen Flexuren kein seltenes Vorkommniss.

Herr Hartge fragt an, wie es sich mit der Peristaltik des oberhalb der Strangulation gelegenen Darmabschnittes verhält und wohin die Fälle von Invagination zu zählen seien?

Herr Zoege: Das hängt von der Dauer der Strangulation ab; allmälig wird auch dieser Abschnitt gelähmt. Die Fälle von Invagination gehören zum Strangulationsileus, da durch Einklemmung des Mesenteriums Circulationsstörung entsteht.

Herr Kessler wünscht Aufschluss über die Formen der foetalen Darmocclusion.

Herr Zoege erwidert darauf, die Atresia ani und recti werde vielfach auf Achsendrehung zurückgeführt.

Herr Kessler vertritt die Ansicht, dass es sich hierbei wohl häufiger um Strangbildung handele. Er will einen Fall von Atresia ani gesehen haben, bedingt durch mehrfache Compression des Dünndarmes durch einen Strang, der sich von der Leberkapsel zum Hoden durch den Leistenkanal hinzog.

Sitzung am 11. Mai 1890.

Herr Jaesche bespricht einen kürzlich beobachteten Fall von Pigmentdegeneration der Chorioidea und Netzhaut und zeigt eine Abbildung des Augenhintergrundes vor. Die schwarzen Pigmentanhäufungen bilden hier grosse, unregelmässige, sehr zahlreiche Flecke, so dass sie nicht gerade das Bild der typischen Retinitis pigmentosa darbieten, wenigstens nicht in ihrem mehr anfänglichen Stadium. Die Krankheit betrifft eine Dame in den Dreissigern, welche behauptet, erst seit zwei Jahren eine merkliche Abnahme ihres Sehvermögens wahrgenommen zu haben. Sie konnte leider nur ein Mal auf der Durchreise untersucht werden; über die Entstehung des Uebels liess sich nichts erfahren. Nahe Blutsverwandtschaft der Eltern lag nicht vor, ebenso war kein ähnlicher Fall in der Verwandtschaft vorhanden. Das Sehvermögen der Patientin ist stark herabgesetzt, zumal im Umkreise des Gesichtsfeldes. J. berührte hierbei die ähnlichen Bilder, wie sie bei der syphilitischen Degeneration und auch bei der Sclerotico-chorioiditis bestehen, mit Verwachsung des Pigmentes und stellenweiser Blosslegung der Chorioidealgefässe.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 8. Mai 1890.

Zum Protokoll der vorigen Sitzung bemerkt Prof. Bidder, dass die intraperitoneale Stielbehandlung bei solchen Operationen, welche die Uterushöhle eröffnen, immer mehr verlassen wird, weil es bei derselben nicht möglich ist, die, wenn auch geringe, Nachblutung aus dem Stiel zu beherrschen; bei der extraperitonealen Behandlung nach Fritsch hat man Gelegenheit, sich davon zu überzeugen, wie viel Blut gewöhnlich noch nachträglich aus dem vernähten Stumpfe heraussickert; B. hat früher die intraperitoneale Methode geübt. dabei aber fast immer Hämatome in der Umgebung des Stieles beobachtet, die zwar meist rasch resorbirt wurden, aber immerhin die Heilung störten; in letzter Zeit hat B. sich an das Verfahren von Fritsch gehalten und ist er mit diesem so zufrieden, dass er auch weiterhin dabei bleiben will; die einzige Unbequemlichkeit liegt in der Schwierigkeit die Nähte zu entfernen; auch giebt es Fälle, wo der bei der Operation gebildete Stiel zu kurz ist, um in die Bauchwunde eingenäht zu werden, so dass man zur intraperitonealen Behandlung des Stumpfes genöthigt ist. Die letztere Methode bleibt immerhin — einen glatten Heilverlauf vorausgesetzt — die ideale, und ist zu hoffen, dass dieselbe bei weiterer Vervollkommnung der operativen Technik sich in allen Fällen werde anwenden lassen.

Dr. Petersen spricht über die *Anwendung der Anilinstoffe: Pyoktanin und Auramin* (Stilling) *als Antimycotica.*

Nachdem Vortr. in Kürze die Publication Stilling's referirt, theilt er seine bisherigen Erfahrungen mit, die er mit den genannten Mitteln in der dermatologischen Praxis gemacht hat: Seine Beobachtungen erstrecken sich auf 48 verschiedene Fälle; sehr gute Resultate, besonders bei Ulcus molle (22 Fälle) und bei gummösen Ulcerationen. Die Mittel sind, local applicirt, nicht giftig und haben den Vorzug der Geruchlosigkeit (cfr. St. Petersb. med. Wochr. № 27).

Dr. Graf Magawly macht im Anschlusse hieran einige Mittheilungen über die eben begonnenen und noch keineswegs abgeschlossenen Versuche, welche mit jenen Mitteln gegenwärtig in

der Augenheilanstalt gemacht werden; die bisherigen Resultate (bei eitriger Keratitis, Cyclitis etc.) sind nicht gerade glänzende zu nennen, fordern aber doch zur Fortsetzung der Versuche auf; ein endgiltiges Urtheil über den Werth dieser Mittel für die augenärztliche Praxis lässt sich noch nicht abgeben; am meisten lässt sich von denselben bei eitrigen Processen in der Cornea und den tieferen Theilen des Auges erwarten; ein Hauptvorzug liegt in der schnellen Diffusion dieser Stoffe.

Secretär: Dr. E. Blessig.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Dijond (Sem. méd. № 20) verordnet den neuerdings gegen *Epilepsie* wieder empfohlenen *Borax* in folgenden Formeln: 1) Rp. Natri biboracici 1,0—4,0, Syr. Cort. Aurant. 30,0, Aq. destill. 100,0. MDS. In 2 Malen Morgens und Abends zu nehmen. 2) Bei längerem Gebrauch: Rp. Natri biboracici pulv. 10,0, Glycerin. puri 6,0, Syrup. Cortic. Aurant. 94,0. MDS. Esslöffelweise zu nehmen. (1 Esslöffel = 2,0 Borax). (Therap. Monatsh. 7).

— Créquy (Rev. gén. de clin. et de thérap. № 21) behandelt seit 15 Jahren mit Erfolg die Taenia solium in folgender Weise: 1) Am Abend vor der Cur nur eine Tasse Milch; 2) am folgenden Tage nüchtern alle 5 Minuten 1 Capsel folgender Mischung: Rp. Extr. Filic. maris aether. 8,0, Calomel 0,8. Divide in capsulas XVI. Gewöhnlich wird der Wurm bald ausgestossen, wenn nicht, so giebt man 2 Stunden nach der letzten Capsel 80,0 Syrup. Aeth. pro dosi, eventuell 2 Stunden später 40,0 Ol. Ricini in schwarzem Kaffee. (Ther. Monatsh. 7).

— Dujardin-Beaumetz berichtete in der Februarsitzung der Académie de Méd. über ein neues *Ersatzmittel des Chinins, die Pambotanorinde*, welche in wässerigem Decoct gereicht, nach seitdem mehrfach bestätigten Versuchen des Dr. Valude bei intermittirenden Fiebern selbst in Fällen, wo Chinin versagte, die Anfälle prompt zu coupiren vermochte. (D. med. Woch.).

Vermischtes.

— Der Professor der operativen Chirurgie an der militär-medicinischen Academie, Dr. E. W. Pawlow, ist am 3. November seinem Wunsche gemäss *zum Professor der Desmurgie und Orthopädie* an der genannten Academie gewählt worden und ist somit der erstgenannte Lehrstuhl in nächster Zeit zu besetzen.

— Der ausserordentliche Professor der Geburtshilfe an der Charkow'schen Universität, Dr. N. Tolotschinow, ist als *ordentlicher Professor* dieser Universität bestätigt worden.

— Mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie hat sich der Ordinator des klinischen Militär-Hospitals in der Abtheilung des Prof. Tschudnowski, Dr. Th. Geisler, als *Privatdocent für interne Medicin* an der milit.-med. Academie *habilitirt*.

— Für den vacanten Lehrstuhl der speciellen Pathologie an der Warschauer Universität ist von der med. Facultät der Privatdocent der mil.-med. Academie, Dr. Dobroklonski, in Vorschlag gebracht worden.

— *Verstorben:* 1) In St. Petersburg der frühere Ordinator an der Klinik des verst. Prof. Botkin, Dr. J. G. Sawadowski. S. war seit mehreren Jahren im Irrenhause. 2) In Moskau am 29. October der Oberarzt des Chludow'schen Kinderhospitals daselbst, Dr. Eugen M. Pawlinow. 3) In Wetluga der dortige Kreis- und Landschaftsarzt Baskakow im 54. Lebensjahre am Typhus. Der Hingeschiedene fungirte seit vielen Jahren auch als Ehrenfriedensrichter.

— Zu dem *Posten des Oberarztes am Ssaratow'schen Stadthospital* (cfr. die Bekanntmachung in № 34. S. 310 dieser Wochenschr.) haben sich 101 Arzt gemeldet, darunter 17 Doctoren der Medicin. Von diesen sind durch die Duma der Privatdocent der Moskauer Universität, Dr. Tipjakow zum Oberarzt und die DDr. Trinitatski und Brjusgin zu Ordinatoren des genannten Hospitals gewählt worden.

— Wie die „Nowosti“ erfahren, ist von einigen früheren Patienten des verstorbenen Prof. Botkin ein Capital gesammelt worden, welches in einem der städtischen Hospitäler zur Stiftung von *vier Freibetten auf den Namen* Botkin's *für Brustkranke*, welche den privilegirten Ständen angehören, verwandt werden soll.

— Am 1. November d. J. betrug das *Capital der „Gesellschaft des Russischen Rothen Kreuzes“* 2,857,003 Rbl. 58 Kop.

— Fräulein Theodora Krajewski ist *Assistentin* des Prof. Schiff beim Lehrstuhl der Physiologie in Genf geworden.

— Von Prof. Dr. R. Kobert, Professor der Pharmakologie und Geschichte der Medicin an der Universität Dorpat, ist soeben der zweite Band seiner *„Historischen Studien aus dem pharmakologischen Institute der Kaiserl. Universität Dorpat“* herausgegeben worden, welcher der Dorpater physiko-mathematischen Facultät gewidmet ist. Derselbe enthält eine Abhandlung von Wlad. Ramm *über Bittermittel* und eine Arbeit von Abraham Mankowski *über „Bryonia alba“*.

— Die *Arbeiten der „Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit“* werden vom nächsten Jahre an in dem vom Medicinaldepartement herausgegebenen Journal für Hygiene und gerichtliche Medicin *„Westnik gigieny i ssudebnoi mediziny“* veröffentlicht und den Mitgliedern der Gesellschaft unentgeltlich zugesandt werden.

— An der militär-medicinischen Academie haben sich in diesem Semester *139 Studenten* des letzten Cursus den *Arztprüfungen* unterzogen. Von diesen haben 50 mit der Censur „genügend“ und 40 mit der Censur „cum laude“ das Examen bestanden, während die übrigen sich nochmals den Prüfungen unterwerfen müssen.

— Dr. J. G. Melnikow hat der mil.-med. Academie ein *Capital von 3000 Rbl.* testamentarisch vermacht, dessen Zinsen zur *Bezahlung der Collegiengelder für unbemittelte Studirende der Academie* (vorzugsweise für solche, welche aus dem Twer'schen Gouvernement stammen) verwandt werden sollen.

— An der *Universität Tomsk* studiren gegenwärtig in den drei medicinischen Cursen, die bis jetzt eröffnet sind, 270 Personen, von denen 100 in diesem Semester neu eingetreten sind. Das Hauptcontingent der Studirenden bilden frühere Zöglinge von geistlichen Seminaren, welche ein Aufnahmeexamen zu bestehen haben. Da die Meisten derselben über gar keine Existenzmittel verfügen und die Privatstunden, welche die einzige Hilfsquelle dieser armen Studenten bildet, nur schlecht bezahlt werden, dabei aber das Leben und die Wohnungen dort sehr theuer sind, so werden wohl die Wenigsten im Stande sein, sich auf der Universität zu behaupten. Erfreulich ist es daher, dass zu den bereits in Tomsk existirenden Stipendien für die Studirenden in nächster Zeit ein neues Stipendium kommt, welches auf den Namen des i. J. 1888 verstorbenen Oberarztes am Omsk'schen Militärhospital, Dr. N. J. Pacholkow, eines der Gründer der Omsk'schen medicinischen Gesellschaft, gestiftet wird. Dieses Stipendium soll ausschliesslich Studirenden aus der Stadt Omsk zu Gute kommen.

— In Kasan, welches bisher keine pädiatrische Klinik hatte, ist jetzt im klinischen Gebäude ein Krankenzimmer mit drei Betten zu einer *„Klinik für Kinderkrankheiten“* eingeräumt worden.

— Obschon die Aufseherinnen (надзирательницы) in den Stadthospitälern nach den Statuten keine Ansprüche auf eine Pension haben, so hat doch das St. Petersburger Stadtamt neuerdings wieder mehrere dieser Aufseherinnen, welche nach langjährigem Dienst wegen zerrütteter Gesundheit ihren Dienst aufgeben müssen, der Duma zur Pensionirung empfohlen. Nach dem Vorschlage des Stadtamts soll die Aufseherin des Obuchow-Hospitals Janowska, welche mehr als 26 Jahre gedient, eine Pension von 266 Rbl. jährlich; die Aufseherin des Marien-Magdalenen-Hospitals Jelissejewa nach 23-jährigem Dienste 84 Rbl. jährliche Pension und die Palatenaufseherin Babachina, welche 19 Jahre im Obuchow-Hospital gedient hat, eine einmalige Unterstützung im Betrage von 126 Rbl. erhalten.

— Die „Arbeiten (труды) der Gesellschaft Russischer Aerzte in St. Petersburg“ werden, statt wie bisher 4 Mal jährlich, künftig jeden Monat, mit Ausnahme der Sommermonate Juli, August und September, unter der Redaction des Privatdocenten M. W. Janowski erscheinen.

— Der Berliner internationale medicinische Congress hat in den Pariser ärztlichen Kreisen den Wunsch nach Begründung eines Journales angeregt, welches die internationale Verständigung der Aerzte anbahnen und zu den hygienischen Bestrebungen der verschiedenen Staaten Stellung nehmen soll. Das neue Organ soll ferner über Standesangelegenheiten der Aerzte etc. Berichte bringen. „L'univers médical“ wird der Titel dieses Blattes sein, welches unter der Redaction von Dr. Séxéno, einem Schüler Apostoli's, erscheinen wird. (A. m. C.-Ztg.).

— Nach dem „Brit. Med. Journal“ hält die japanesische Regierung es bereits für möglich, künftig nicht mehr Ausländer auf die Lehrstühle der medicinischen Facultäten in Japan zu berufen.

— Am 5. November hielt die neugegründete *„Gesellschaft der Aerztinnen zu gegenseitiger Unterstützung“*, deren Statuten am 23. September bestätigt worden sind, ihre *erste constituirende Versammlung* ab unter dem Vorsitz der hiesigen Aerztin A. N. Schabanowa. Die Mitgliederzahl beträgt bis jetzt 55; die Mittel, über welche die Gesellschaft gegenwärtig verfügt, bestehen in 637 Rbl. Zu Mitgliedern des Conseils der Gesellschaft wurden gewählt: die Aerztinnen Kaminskaja, Kasakewitsch, Maljarewskaja, Olchina, Pawlowskaja, Tarnowskaja, Schabanowa und Schmemann. Zum Ehrenmitgliede der Gesellschaft wurde einstimmig Frau L. A. Rodstwennaja-Schenjawskaja gewählt, welche viel für die weibliche medicinische Bildung gethan hat.

— Die Tagesblätter melden aus allen Ländern der Erde die Abdelegirung von Aerzten, die sich in Berlin bei Prof. Koch und seinen Assistenten mit dem neuen, Epoche machenden Heilmittel gegen die Tuberculose bekannt machen sollen, um dasselbe möglichst rasch und in richtiger Weise bei sich zu Hause einführen zu können. Von hier ist der Secretär des Medicinalraths, Prof. Dr. Anrep, zu demselben Zweck nach Berlin gereist; das Obuchow'sche Hospital hat den ausseretatsmässigen Ordinator desselben, Dr. Kallmeyer, dahin abdelegirt.

— Aus Detmold wird berichtet, dass unter den dortigen Seminaristen die *Influenza ausgebrochen* sei; von 39 Zöglingen sollen in wenigen Tagen 17 erkrankt sein.



— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 4. November d. J. 6102 (91 mehr als in der Vorwoche); darunter 281 Typhus- (12 weniger), 650 Syphilis- (121 mehr), 106 Scharlach- (3 weniger), 7 Masern- (6 weniger), 12 Diphtherie- (5 weniger) und 129 Pockenkranke (26 mehr als in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 27. October bis 3. November 1890.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
237	152	389	81	15	55	18	7	15	31	44	33	39	30	17	3	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 7, Febris recurrens 3, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 10, Masern 3, Scharlach 18, Diphtherie 13, Croup 3, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 12, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberculose der Lungen 59, Tuberculose anderer Organe 3, Alcoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 35, Marasmus senilis 14, Krankheiten des Verdauungscanals 31, Todtgeborene 33.

☞ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 13. November 1890.**

Geschäftliche Tagesordnung: Aerztliche Gesellschaft zu gegenseitiger Hilfeleistung.

☞ **Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 19. November 1890.**

☞ Dieser Nummer liegt bei ein Prospect, betr.: **Библіографическій указатель россійской медицинской литературы.**

Дозв. ценз. Спб. 9 Ноября 1890 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.



XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Dr. Carl Dehio, Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Theodor von Schröder, St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 46 St. Petersburg, 17. (29.) November **1890**

Beitrag zur Casuistik der Klumpfussbehandlung durch keilförmige Resection der Tarsalknochen.

Von

Dr. med. Friedrich Mobitz,

ausseretatsmässiger Ordinator am Obuchow-Hospital zu St. Petersburg.

In gegenwärtiger Zeit kommen bei der Behandlung des Klumpfusses mehrere Methoden in Anwendung. Viele Anhänger zählt die orthopädische Methode mit Ausschluss jedes blutigen Eingriffes. Die Phelps'sche Methode, bei welcher nur Sehnen und Bänder durchschnitten werden, vermittelt den Uebergang zu der Talusexstirpation und dem noch eingreifenderen Verfahren der keilförmigen Resection der Fusswurzelknochen. Jede dieser Methoden hat namhafte Vertheidiger aber auch Gegner aufzuweisen. Dieser Umstand ist sehr erklärlich, denn eine Behandlungsart ist dann die beste, wenn sie dem gegebenen Falle angepasst wird. Handelt es sich, wie es ja meist der Fall ist, um Kinder mit angeborenem Klumpfuss, so kommt man mit den milderen Eingriffen aus; dagegen wird bei Erwachsenen, deren Klumpfuss den anderen Methoden nicht weichen will, auch die keilförmige Resection nicht zu umgehen sein.

Aus der von Krauss[1]) jun. auf Grund des Materials der Heidelberger chirurgischen Klinik für einen Zeitraum von 10 Jahren berechneten Statistik ersehen wir die relativ grosse Seltenheit des operativen Eingreifens bei Klumpfuss. Krauss findet, dass der Pes varus 0,46 % sämmtlicher chirurgischen Krankheiten abgiebt. Er zählt 165 congenitale, 28 paralytische, 3 accidentelle und 1 traumatischen Fall, welche orthopädisch behandelt wurden. Operirt wurden nur 15 congenitale und 1 paralytischer Fall. Von den congenitalen Fällen war in Heidelberg 1 Fall 16 und 1 Fall 32 Jahre alt, bei Krauss sen. 1 Fall 18 Jahre alt, woraus die grosse Seltenheit des angeborenen Klumpfusses bei Erwachsenen erhellt. Paralytische Klumpfüsse können natürlich in jedem Lebensalter zur Behandlung kommen. Nach Bessel-Hagen[2]) kommt der angeborene Klumpfuss auf ca. 1200 Menschen 1 Mal vor; $^2/_3$ von ter den Klump- und Spitzfüssen zusammen sind angeboren. Der postfoetal erworbene Klumpfuss ist in $^9/_{10}$ der Fälle einseitig. Fast 70 % aller postfoetal erworbenen Klump- und Spitzfüsse werden durch Erkrankungen des Nervensystems (Poliomyelitis ant. acut.) veranlasst, und zwar noch einmal so häufig rechtsseitig als linksseitig.

Was nun die Statistik der keilförmigen Resection anbetrifft, so giebt Bessel-Hagen[3]) an, dass von 122 keilförmigen Osteotomien an der lateralen Hälfte des Tarsus, abgesehen von 5 Todesfällen, 48 Fälle ein bestimmt schlechtes Resultat gehabt haben, dass in mehr als 20 Fällen ein Recidiv bekannt geworden ist. Volkmann[4]) hat in den Jahren 1880—82 4 Keilexcisionen bei Patienten von 8 bis 15 Jahren ausgeführt. Das Resultat war anfangs gut, später kam es durch Wachsthum der Knochen zum Recidiv. Volkmann wandte sich deshalb später mit Vorliebe der Phelps'schen Methode zu.

Geschichtlich wäre über die Operation zu berichten, dass bereits Little[5]) die Exstirpation des Os cuboid. vorgeschlagen hat und dieselbe in 3 Fällen von Davy[6]) ausgeführt wurde; im 3. Falle wurde bereits ein Stück vom Talushalse mitweggenommen. Davies-Colley[7]) machte die Operation, indem er mit Messer und Säge Portionen des Calcaneus, Astragalus und des Os naviculare wegnahm. In Deutschland wurde die Operation von Meusel[8]) im Jahre 1877 und von Schede[9]) eingeführt.

König[10]) empfiehlt die keilförmige Excision bei allen vernachlässigten Klumpfüssen Erwachsener als die sicherste Methode. Roser[11]) ist ein warmer Anhänger derselben. Macewen[12]) macht sie in schweren Fällen. Hirschberg[13]) nimmt den Keil mehr vorne heraus, so dass das Chopart-Gelenk meist und das Fussgelenk immer voll-

[1]) Krauss: Die Therapie des Klumpfusses. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, Bd. 28, p. 365.
[2]) Bessel-Hagen: Pathologie und Therapie des Klumpfusses. I. Theil 1889. Ref. von Frank, Centralbl. f. Chirurgie, № 11, 1890.

[3]) Bessel-Hagen: Ueber die Pathologie des Klumpfusses und über die Behandlung hartnäckiger Fälle mittelst Talusexstirpation. Verhandl. d. deutschen Gesellsch. f. Chir. XIV. Congress.
[4]) O. v. Büngner: Centralbl. f. Chirurgie, № 24, 1889.
[5]) Meusel: Die Krankheiten des Fusses. Gerhardt's Handb. d. Kinderkrankh., VIII. Bd., II. Abth.
[6]) Ibidem.
[7]) Ibidem.
[8]) Ibidem.
[9]) Ibidem.
[10]) Lehrbuch Bd. III, 8. Aufl.
[11]) Beiträge zur Lehre vom Klumpfuss.
[12]) Med. chir. Soc., 6. March. Glasgow Med. Journ., May 1885.
[13]) Vortrag auf dem XIV. Chirurgen-Congress.

ständig intact bleibt. Voigt[14]), sonst ein Anhänger der Talusexstirpation, giebt die Berechtigung unserer Operation bei veralteten Klumpfüssen Erwachsener zu. Nicolaysen[15]) macht in alten Fällen die Excision eines oder mehrerer Fusswurzelknochen. Tillaux[16]) glaubt, dass bei Individuen von 20—30 Jahren die mechanische Orthopädie nichts nützt, hier könne nur die Tarsotomie zur Heilung führen. Auf dem zweiten französischen Chirurgencongress[17]) haben sich bei veraltetem Pes varo-equinus Vaslin (Angers) und Gross (Nancy) für die keilförmige Resection ausgesprochen. Ein sehr vollständiges Literaturverzeichniss über diese Frage findet sich bei Krauss jun. (Deutsche Zeitschr. für Chirurgie, Bd. XXVII und XXVIII).

Gehen wir jetzt zur Beschreibung unseres Falles über:

Matrëna Platonowa wurde, 18 Jahre alt, am 25. Juni 1887 mit der Aufnahmediagnose: Elephantiasis pedis sinistri in den Krankenbestand des weiblichen Obuchow-Hospitals sub № 1939 aufgenommen.

Bis zum fünften Jahre gesund, litt sie von der Zeit an an hartnäckigen Ausschlägen und Geschwüren. Ausserdem litt sie seit zehn Jahren an sich häufig wiederholenden Entzündungen des linken Fusses. Die Kranke bekam jedesmal Fieber, der Fuss schwoll an und wurde roth, das Fieber und die Röthe verschwanden, die Schwellung blieb aber bestehen und nahm nach einer jeden solchen Attaque immer mehr zu. Am Körper trug sie Spuren von inveterirter Lues in Form einzelner Narben, so besonders an der Stirn. Die ganze linke untere Extremität war verlängert und verdickt. Die Länge der linken unteren Extremität vom Knie abwärts betrug 45, die der rechten 41 Ctm. Der linke Fuss war keulenförmig angeschwollen, sein grösster Umfang betrug 25,5 Ctm., der des rechten nur 20 Ctm. Entsprechend, nur in geringerem Grade, waren auch der Oberschenkel und Unterschenkel links dicker als rechts. Die ganze Aussenseite des verdickten Fusses wurde von einer colossalen tiefgreifenden Ulceration eingenommen. Die Länge des Geschwürs betrug 12, die Breite 10 Ctm. Pat. konnte überhaupt nicht gehen und erst nachdem eine antisyphilitische Cur angewendet worden war und zugleich das Ulcus local behandelt wurde und sich langsam verkleinerte, ging sie mit Hilfe zweier Krücken, doch trat sie auf den kranken Fuss nicht auf, sie schleifte ihn wie eine beschwerliche Last hinter sich her. Die Heilung des Ulcus und die Abschwellung der Extremität ging nicht ohne Zwischenfälle vor sich. So bekam Pat. am 7. März 1888 Lymphangoïtis, die eine Incision nöthig machte; am 1. April erysipelatöse Röthe mit Lymphangoïtis; am 28. Mai Erysipel. Da der noch unförmliche Fuss in Equinovarus-Stellung zweiten Grades war und auch das Ulcus, da sie den Fuss bereits als Stütze gebrauchte, nicht heilen wollte, wurde am 5. September 1888 das Ulcus energisch ausgekratzt, die Tenotomie der Achillessehne gemacht, die Stellung etwas corrigirt und ein Gypsverband angelegt, der alle 2—3 Wochen gewechselt wurde. Die Kranke, welche jetzt auf den äusseren Fussrand und auf die Ferse auftreten konnte, bekam beim Gehen Decubitus, welcher Umstand ein längeres Liegen nothwendig machte. Dabei bildete sich die alte fehlerhafte Stellung wieder aus. Der verdickte linke Fuss, in Supinationsstellung plantar flectirt, befand sich in Equinovarus-Stellung zweiten Grades, verbunden mit einer Beugungscontractur der grossen Zehe. Die Kranke konnte auf den Rücken und den Aussenrand des Fusses auftreten, d. h. auf die grosse Narbe, welche nach Heilung der Ulceration zurückgeblieben war. Soweit man durch die verdickten Weichtheile hindurch fühlen konnte, hatten sich die Knochen des Fusses verschoben und verändert. Die Tuberositas ossis metatarsi quinti erschien nach aussen vorne gerückt, sein hinterer Aussenwinkel erhob sich über das Niveau der anderen Knochen. Der Processus ant. calcanei war nach unten gedrückt, das Caput. tali zusammen mit dem Os naviculare nach oben aussen dislocirt. Das Os cuboideum, welches den Rücken des Klumpfusses bildet, schien dicht neben dem Talus zu liegen. Bewegungen im Talocruralgelenk stark behindert, im Tarsalgelenk nicht nachweisbar. Der kranke Fuss war 22 Ctm. lang, der gesunde 20 Ctm. Der Umfang betrug $21\frac{1}{2}$ und 20 Ctm. Die Ulceration war fast vollständig verheilt.

Am 22. Oct. 1889 wurde in der Chloroformnarkose und Blutleere die *Tenotomie der Achillessehne und die keilförmige Resection der Tarsalknochen* ausgeführt. An der Aussenseite des linken Fusses wurde mitten über das vorstehende Os cuboid. und den Processus ant. calcanei durch straffes Narbengewebe (Residuum der verheilten grossen Ulceration) ein Längsschnitt von 7 Ctm. Länge an der Innenseite der Tuberositas ossis metatarsi quinti zum Malleolus extern. bis auf die Knochen geführt. Der Schnitt hörte 2 Ctm vor demselben auf. Die Unnachgiebigkeit des derben Narbengewebes bedingte die Nothwendigkeit eines zweiten Hautschnittes, der von der Mitte des ersten senkrecht zur Planta pedis gezogen wurde. Die dreieckigen Lappen wurden nach unten geschlagen, dadurch gewann ich genügend Raum, um die Weichtheile des Fussrückens mit den nach innen dislocirten Strecksehnen und dem Periost, verbunden mit der oberflächlichen Knochenschicht, mit Elevatorium und Meissel abzuheben. Mit einem ziemlich breiten Osteotom wurde hierauf ein Keil in der Richtung von oben aussen nach innen unten, an seiner Basis 4 Ctm. dick, etwa 6 Ctm. breit und etwa 6 Ctm. tief, ohne Rücksicht auf die Configuration der Knochen und Gelenke, mit möglichst geraden und glatten Seitenflächen herausgeschlagen. Entfernt wurden auf diese Weise: die hinteren $\frac{2}{3}$ des Os cuboideum, die vordere Hälfte des Processus ant. calcanei, somit das Calcaneo-cuboidgelenk, der Hals und Kopf des Talus; gestreift wurde das Os cuneiforme externum und das Os scaphoideum. Der Taluskopf wurde erst nachträglich entfernt, weil er ein Repositionshinderniss abgab, wodurch der Keil an der Schneide seine regelmässige Gestalt einbüsste und sich nach der Correction der fehlerhaften Stellung eine Lücke bilden musste. Eröffnet wurden folgende Gelenke: Das Gelenk zwischen Talus und Calcaneus, zwischen Os cuboideum und Os cuneiforme externum, zwischen Os cuboideum und Os scaphoideum und selbstverständlich das Gelenk zwischen Os scaphoideum und Talus. Nach Herausnahme des Keiles wurden die beiden Knochenflächen an einander gepresst und dabei durch Rotation des Vorderfusses nach innen die fehlerhafte Stellung ausgeglichen. Der Fuss bekam ein ziemlich normales Aussehen, zumal er vorher 2 Ctm. länger gewesen war als der gesunde. Die Verkürzung fiel nicht bedeutend in die Augen. Die Operationswunde wurde mit ein paar Nähten geheftet und ein Jodoform-Marly-Streifen hineingeschoben. Das Glied wurde in eine Volkmann'sche Schiene gelegt. Obgleich die Knochenwunde prima intentione heilte, war doch der Wundverlauf nicht fieberfrei. Am 26. October trat geringes Fieber auf. Beim Verbandwechsel fand sich, dass die narbigen Hautlappen im Absterben begriffen waren, ausserdem waren die Zehen geschwollen und geröthet. Die Entzündung ging von der kleinen Zehe aus, denn unter einer alten Druckschwiele fand sich eine geringe Menge Eiter vor. Die Entzündung an den Zehen ging zurück und trat nach einigen Tagen wieder auf, während sich die abgestorbenen Lappen an der Operationswunde ohne bemerkliche Eiterung abstiessen. Es bildete sich eine Lymphangoïtis an der inneren Fussseite aus, welche am 11. November eine Incision nöthig machte. Das Fieber hörte von da an auf, die Operationswunde heilte, und Pat. machte im December Gehversuche, die recht befriedigend ausfielen. Sie trat mit der ganzen Fusssohle auf. Am 30. December bildeten sich zwei Erweichungsherde in der alten Narbe fern von der Operationswunde, welche aufbrachen, sich wie Gummata ausnahmen und einer antiluetischen Behandlung wichen und kaum am Gehen hinderten. Vom 6. Januar 1890 fieberte Pat. 2 Tage lang; es wurde eine Incision an einer verdächtigen Stelle der Innenseite des Fusses gemacht, doch kein Eiter gefunden. Zum 28. Januar konnte Pat. ohne Stütze gehen und Alles war verheilt, bis auf ein drittes, rundes, 1,5 Ctm. grosses Gumma in der Narbe, hinter und unter dem Malleolus externus gelegen, welches aber schon in bester Heilung begriffen war, als Pat. plötzlich hohes Fieber bekam und am Typhus exanthematicus erkrankte. In der chirurgischen Abtheilung war lange Zeit kein Fall von Flecktyphus vorgekommen; im Krankenhause war zur Zeit nur eine einzelne Flecktyphuskranke, welche in einem entfernten Gebäude in einem Isolirzimmer verpflegt wurde. Am 7. Februar, also $3\frac{1}{2}$ Monate nach der Operation, erfolgte Exitus letalis an Herzschwäche.

Die Obductionsdiagnose (Prof. Winogradow) lautete: Typhus exanthematicus. Lues. Pachymeningitis haemorrhagica interna. Ulcus pedis sinistri. Hymen imperforatum.

Das Präparat (Fig. 1), welches wir beschreiben wollen, wurde gewonnen durch Auslösung des Fusses aus der Haut, Amputation im unteren Drittel des Unterschenkels und Absägen etwa in der Mitte der Metatarsalknochen. Durch einen verticalen Sägeschnitt, der mitten durch den Fersenbeinhöcker geht und den mittleren Metatarsusknochen an seiner inneren Seite streift, ist der Fuss seiner Länge nach zerlegt. Zum Vergleich wurde ein ähnlich zersägter, normal langer Männerfuss (Fig. 2) herangezogen. Bei Betrachtung des operirten Fusses von aussen erscheint er gut formirt; stellt man ihn auf, so berührt die ganze Sohle, wie beim Plattfuss, die Unterlage; der Fuss steht rechtwinklig zum Unterschenkel. An der Aussenseite fällt die geringe Entfernung der Tuberositas ossis metatarsi V von dem Malleolus externus auf. Klappt man den Fuss auf, so sieht man auf den Sägeflächen eine knöcherne Vereinigung zwischen dem Talus und dem unteren Rande des Os naviculare, und eine breite knöcherne Vereinigung zwischen dem Talus und Calcaneus in ihren hinteren Partien. Die Grenzen der Knochen an den Vereinigungsstellen sind nicht erkennbar. Der Sinus tarsi und die Gelenksverbindungen zwischen Talus und Calcaneus (2) sind zum Theil erhalten. Es scheint, dass der Taluskörper, seiner Stütze beraubt, sich um eine frontale Achse gedreht hat und zugleich nach vorn unten gerückt ist, einen grossen Theil der Gelenkfläche des Os scaphoideum freilassend. In diese Lücke (1) ist nun die Tibia mit ihrer vor-

[14]) Moderne Orthopädie. II. Aufl.
[15]) Klinik Arborg 1. 1884, Kristiania.
[16]) Bull. de l'Acad. (Paris) 1882, № 37.
[17]) Хирург. Вѣстникъ 1887, Февраль.

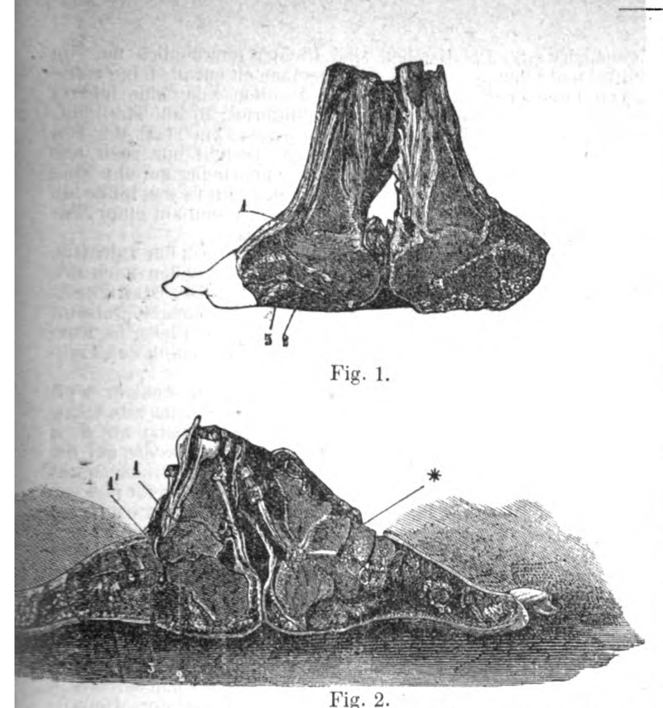


Fig. 1.

Fig. 2.

1. Tibia. 2. Sinus tarsi. 3. Fornix pedis. *. Fractura tali.
1'. Os naviculare.

deren Gelenkskante vorgedrungen, und diese steht in engster Beziehung zum Os scaphoideum. Das Fussgewölbe (3) ist flacher als normal, zumal auch die vorderen Partien des Calcaneus herabgesunken sind. Es besteht eine vollständige Ankylose des nur schwer erkennbaren Talotarsalgelenkes. Durch Drehung und Vorrücken des Taluskörpers und Anstossen der vorderen Tibiagelenkskante an das Os scaphoideum ist auch die Function des Sprunggelenkes nahezu völlig aufgehoben. Prüft man den Fuss auf seine Festigkeit, so findet man das flache Fussgewölbe vollkommen stark und unnachgiebig und als Stütze zum Auftreten sehr gut geeignet. Ich glaube nicht, dass in diesem Falle eine andere Behandlungsmethode ein brauchbareres Resultat geliefert hätte.

Dass es sich in unserem Falle nicht um einen congenitalen Klumpfuss handeln kann, ersehen wir aus der Anamnese — die Kranke ist bis zu ihrem 5. Jahre vollkommen gesund gewesen. In ihrer frühesten Jugend auf aussergenitalem Wege luetisch inficirt, hat sie zahlreiche Entzündungen des Fusses überstanden, welche kaum denn anders als Erysipele, Lymphangoitiden, beziehungsweise Phlegmonen zu deuten sind, wobei die Eingangspforten für Entzündungserreger durch specifische Ulcerationen gegeben werden konnten. Solche Entzündungsreize, vielleicht auch das syphilitische Virus selbst, haben nicht nur die Weichtheile, sondern auch das Knochengerüst der Extremität zu stärkerem Wachsthum veranlasst. In Folge davon, dass die Kranke ihre verlängerte, unförmliche, schmerzhafte, wunde Extremität beim Gehen nicht gebrauchen konnte, wurden ganz besonders die Gelenke des Fusses ausser Thätigkeit gesetzt. Wie Hüter[18]) es nachweist, liegt der schwerere Theil des Fusses nach vorn von der Achse des Talo-Cruralgelenkes und nach aussen vor der Achse des Talo-Tarsalgelenkes; es muss sich daher bei Nichtgebrauch der Fuss in Plantarflexion und Supinationsstellung begeben. Diese fehlerhafte Equino-varus-Stellung wurde stationär durch Verkürzung resp. Dehnung der Weichtheile, welche sich der Stellung anpassen mussten, ferner durch Lage- und Formveränderung der Knochen. Ob in unserem Falle eine ähnliche Verbildung der Fusswurzelknochen zu Stande gekommen war, wie sie Hüter[19]) für den Pes varus cong. beschreibt, entzieht sich meiner Beurtheilung; ich kann nur sagen, dass eine Verschiebung und Formveränderung der Knochen vorhanden war; lehrt uns ja auch die pathologische Anatomie, dass der Knochen da, wo er anhaltendem Druck ausgesetzt ist, atrophirt, da hingegen, wo er anhaltend entlastet wird, vermehrtes Wachsthum zeigt. Ob die knöcherne Vereinigung zwischen Talus und Calcaneus schon vor der Operation bestanden, oder sich erst nachträglich ausgebildet hat, lässt sich schwer entscheiden, zumal sie Partien der Knochen betrifft, welche ausserhalb des Operationsterrains liegen, und auch schon vor der Operation das Talotarsalgelenk unbeweglich schien.

[18]) Spec. Pathol. der Gelenkkrankheiten.
[19]) Lehrbuch der Chirurgie und l. c.

Gangraena pedis post Influenzam.

Von
Dr. Oscar Johannsen,
Oberarzt am Stadthospital zu Libau.

Am 25. Januar 1890 wurde mir von meinem Collegen Herrn Dr. Eschenbach Herr Chr— zur Operation ins hiesige Stadtkrankenhaus gesendet.

Anamnese: Patient war Anfang Januar leicht an der Influenza erkrankt, geringes Fieber, das bis zum 8. Januar dauerte.

Am 11. Januar unter erneutem Fieber — 40,1° — acute Nephritis. Im Urin reichlich Eiweiss und granulirte Cylinder.

Das Fieber schwand nach 4 Tagen, die Nephritis nach circa 2 Wochen.

Am 18. Januar bildete sich eine leichte Parese des rechten Armes aus. Der Arm fühlte sich kalt an und war leicht livid gefärbt. Nach 24 Stunden waren diese Erscheinungen wieder geschwunden.

Am 19. Januar verspürte Patient Schmerzen im rechten Fuss, Abtauben etc. In den nächsten Tagen erreichten dieselben eine excessive Höhe, der Fuss schwoll an, wurde bläulich roth, gefühllos, gangränös.

Ich lasse hier die Temperaturen, so weit sie aufgezeichnet worden waren, folgen:

	Morgens	Abends		Nachts	
	9 Uhr.	5 Uhr.	6 Uhr.	1 Uhr.	
Januar 7.	—	38	—	—	
„ 8.	38	36,9	—	—	
„ 9.	37	37,6	—	—	
„ 10.	36	37,5	—	—	
„ 11.	38,4	39,4	—	40.1	Nephritis.
„ 12.	39	39,3	—	39,4	
„ 13.	37,4	38,4	—	38,5	
„ 14.	36,4	36,8	—	38,2	
„ 15.	36,4	36,3	—	37,2	
„ 16.	36,2	36,4	—	—	
„ 17.	35,9	36,1	—	—	
„ 18.	36,6	—	36,8		Parese des Armes.
„ 19.	36,9	—	37,1		Schmerzen im Fuss.
„ 20.	—	—	37,7		
„ 21.	38	—	38,8		
„ 22.	38	—	38,7		
„ 23.	38	—	38,3		
„ 24.	38,9				
„ 25.	39,8.				

Seit Jahren leidet Patient an periodisch auftretender Parese des M. detrusor, namentlich nach Excessen in Venere et Baccho.

Patient ist wahrscheinlich früher syphilitisch gewesen.

Status präsens. Der 52jährige Patient ist von hohem, schlankem Wuchs, Musculatur und Panniculus adiposus schwach entwickelt.

Lungen, Herz gesund; Puls voll, beschleunigt; Temp. 39,8.

Leib etwas aufgetrieben, starke Obstipation. Leber, Milz nicht vergrössert. Blase prall gefüllt, reicht bis 2 Finger unter den Nabel, dabei beständiges Harnträufeln. Der Urin gelb, etwas trübe, spec. Gew. 1021, enthält Spuren von Eiweiss. Mikroskopisch: Blasen- und sehr vereinzelte Nierenepithelien, Eiter und Schleimkörperchen, keine Cylinder.

Der rechte Fuss blau, kalt, gefühllos. Im mittleren Drittel des Unterschenkels hat sich bereits eine Demarkationslinie gebildet; über derselben bis zum Knie hinauf ist die Haut hyperästhetisch.

Es wurde sofort zur Amputatio femoris in der Mitte des Oberschenkels geschritten. Sämmtliche Venen waren mit weit hinaufreichenden festen, schweren Thromben ausgefüllt. Die Arteria cruralis in geringem Grade atheromatös entartet.

Am Abend nach der Operation war die Temperatur 36,6, sie stieg am zweiten Tage auf 39,0, von da ab afebriler Verlauf. — Heilung.

Es ist wohl die Annahme zwingend, dass in diesem Falle primär eine Venenthrombose aufgetreten war und dadurch bedingt die Gangrän des Beines sich entwickelt hatte, nachdem der Organismus ein paar Tage vorher am Arme dieselbe Attaque noch glücklich überwunden hatte.

Noch eine ähnliche Beobachtung habe ich während der letzten Influenza-Epidemie zu machen Gelegenheit gehabt.

Ein 15jähriges, kräftiges Mädchen, virgo intacta, erkrankte gleichzeitig mit allen anderen Gliedern der Familie an der Influenza und bekam dann nach einigen Tagen eine schwere Phlegmasia alba dolens an einem Bein, welche Erkrankung jedoch mit völliger Genesung endete.

Derartige Gerinnungen mögen bei der Influenza eine weit grössere Rolle gespielt haben, als man bis jetzt geahnt hat.

So habe ich vielfach beobachtet, dass der Beginn der Krankheit eingeleitet wurde mit einem mässigen Schnupfen, dessen Secret jedoch eine grosse Menge feiner Blutäderchen zeigte. Erst nachdem dieser unbedeutende Schnupfen bereits einige Tage gedauert hatte, stellte sich dann das allgemeine Unwohlsein, Benommenheit des Kopfes etc. ein.

Auch verschiedenartige cerebrale Erscheinungen, Psychosen etc., welche bei der Influenza beobachtet worden sind, dürften in solchen Circulationsstörungen ihre Erklärung finden.

Ebenso mag bei dem Hinzutreten von Pneumonien dieser Factor mitgewirkt haben.

Referate.

Prof. O. Fraentzel und Dr. Runkwitz: Systematische Anwendung des Koch'schen Specificums gegen Tuberculose bei inneren Krankheiten. (D. med. Woch. № 47).

Seit dem 13. September wurde das Koch'sche Mittel in Fraentzel's Abtheilung des Charitékrankenhauses bei Phthisikern versucht. Ausserdem wurden auch einigen Gesunden Probeinjectionen gemacht, wobei die von Koch (cfr. unsere vorige Nummer) gemachten Beobachtungen sich bestätigten. Ein 18-jähr., hereditär belasteter Mann mit geringer Verkrümmung der Wirbelsäule und Druckempfindlichkeit der Halswirbel reagirte allein schon auf geringe Dosen und bekam eine Anschwellung der Kniegelenke 3 Tage nach der letzten Injection. Da er auch öfter Nachtschweisse gehabt, so liess sich, trotzdem keine Tuberkelbacillen nachzuweisen waren, latente Tuberculose annehmen.

Die Resultate bei den Phthisikern waren folgende:

1) *Bei weit vorgeschrittener Lungenschwindsucht.* 4 Patienten von 25—48 J., bei allen beide Lungen schwer erkrankt; Cavernen, Laryngitis tuberculosa, tubercul. Affection von Mittelfuss und -hand, Nierenleiden, Febris hectica als besondere Zeichen der bereits vorgeschrittenen Erkrankung in den einzelnen Fällen hervorgehoben. — In keinem dieser Fälle wurde das Fortschreiten des Processes aufgehalten, doch reagirten drei Fälle durch Temperaturerhöhung. Die Obduction ergab in zwei Fällen keine Heilungsvorgänge (Schrumpfung) in den Lungen, wohl aber in den Cavernen ausgesprochen schmierige Massen, die als abgestorbenes tuberculöses Gewebe anzusehen sind. — Die Reinigung der in solchen Fällen bestehenden grösseren Höhlen ist nicht zu erwarten; die starke Eitersecretion und Anwesenheit vieler anderer Mikroorganismen muss den Körper erschöpfen, selbst wenn viele kleinere tubercul. Herde in der übrigen Lunge absterben in Folge des Mittels. Daher ist in solchen Fällen auch keine Heilung mehr zu erwarten.

2) *Bei weniger vorgeschrittener Lungenschwindsucht.* 8 Pat. von 20—44 J., in 2 Fällen eine, in 6 Fällen beide Lungen afficirt; Lungenaffection von 4 Wochen bis 4 Jahren bestehend. Symptome in den einzelnen Fällen: Schwäche, Seitenstiche, Kurzathmigkeit, Nachtschweisse, Fieber, andauernder Husten, schleimigeitriger und blutiger Auswurf, mehr oder weniger reichlich, enthält Tuberkelbacillen № 3—7 (nach der Gaffky'schen Tabelle); zahlreiche Rasselgeräusche, mehr oder weniger ausgebreitete Dämpfung. — In 3 Fällen hatte Kreosotbehandlung stattgefunden.

Bei 15—56-tägiger Behandlung mit Injection des Mittels (von 0,001 bis 0,1 steigend) unter die Rückenhaut unterhalb der Scapulae, welche Stellen beim Liegen dem Druck am wenigsten ausgesetzt sind (Druckempfindlichkeit nach der Injection), liess sich in allen Fällen constatiren:

Das Fieber schwindet, die Nachtschweisse hören auf, der Appetit wird lebhaft; auffallend günstige Gewichtszunahme (¾ bis 5 Pfund). Der Husten wird auf ein Minimum reducirt, das Secret der Bronchien vermindert sich, die Verdichtungserscheinungen in den Lungen werden rückgängig. Die Tuberkelbacillen werden im Auswurf seltener, nachdem sie bisweilen bei reichlichem Auswurf in grossen Mengen, fast Reinculturen aufgetreten (abgestossenes tuberculöses Gewebe der Lunge), und verschwinden schliesslich zeitweise, bisweilen Tage lang ganz. Mikroskopisch lassen sich an den Bacillen 4 verschiedene Formen von Veränderungen bemerken, die als Verkümmerung derselben zu deuten und nur nach Injection des Koch'schen Mittels zu beobachten sind: 1) Die Bacillen sind kleiner (gewöhnlich um die Hälfte) und schmäler, so dass sich dieselben oft nur als feine rothe Striche abzeichnen; 2) ein Theil der Bacillen zeigt eine leichte Anschwellung an beiden Enden (Bisquitform); 3) ein Theil der Bacillen ist in der Mitte durchgebrochen; 4) ein Theil der Bacillen, die verhältnissmässig lang sind, besteht nur noch aus Bröckeln (meist, 4) die perlschnurartig aneinander gereiht sind (diese Form selten auch ohne Injection des Mittels bei lange an Phthise Leidenden). — Alle diese Formen werden auf einer Tafel wiedergegeben, die sehr gut angefertigt ist.

Die Reactionserscheinungen bei Phthisikern nach der Injection sind wie Koch sie beschrieben hat: Etwa 6 Stunden nach der Injection Frösteln bis Schüttelfrost, Temp. 38—40°, Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Schmerzen in der Brust. Die Reaction nimmt mit jeder Injection der gleichen Menge ab. — Das Fieber ist analog den Erscheinungen bei Lupus auf locale Reaction in den Lungen zu beziehen.

In wie weit eine vollständige Heilung auch der weniger weit vorgeschrittenen Fälle von Lungenschwindsucht möglich sein wird, wird erst die fortgesetzte und wiederholte Behandlung mit dem Mittel zeigen. Die Schwierigkeit besteht darin, dass das auf die Injection hin abgestorbene tuberculöse Gewebe vielfach nicht durch Expectoration entfernt werden kann, liegen bleibt und die Umgebung auf's Neue inficirt. Schröder.

William Levy: Bericht über die ersten nach der Methode des Herrn Geheimrath Dr. Koch behandelten Fälle von chirurgischer Tuberculose. (D. med. Woch. № 47).

L. theilt zuerst 3 Fälle von Lupus mit (23, 34 und 61 J. alte Frauen), die insofern von besonderem Interesse sind, als Koch seine ersten Beobachtungen an denselben machte und selbst die Injectionstage und die anzuwendende Dosis bestimmte. Die allgemeinen und örtlichen Reactionserscheinungen waren genau entsprechend der von Koch (cfr. unsere vorige Nummer) gegebenen Schilderung. Im 1. Falle trat besonders hohes Fieber (40,6 und 41°) mit Bewusstlosigkeit nach der Injection von 0,1 (wohl 0,1 Ccm. der 1 % Lösung. Ref.) auf; im 3. Falle konnte die Dosis rasch gesteigert werden, mit jeder Injection um 0,1, so dass sie bei der 7. Injection am 14. Tage bereits 0,7 betrug; die örtliche Reaction war nach denselben kaum vorhanden und die Körpertemperatur stieg nur auf 38,0°. — Das Resultat war in allen drei Fällen: Absterben und Abstossung des lupösen Gewebes, bereits vorgeschrittene oder doch Tendenz zur Bildung glatter Narben an dessen Stelle.

L. macht auf die functionellen Störungen aufmerksam, welche durch die stets nach der Injection schmerzhaft werdenden und anschwellenden tubercul. Gewebe hervorgerufen werden könnten. So beobachtete er bei einem Kranken mit Tuberculose der Blase am Nachmittag (Injection um 10 Uhr Vormittags) schmerzhaften Harndrang und in der folgenden Nacht mehrstündige Harnverhaltung, die am Morgen wieder schwanden. Athemnoth könnte bei Larynxtuberculose nach der Injection leicht auftreten, war aber in einem Falle, in welchem L. injicirte, nicht vorhanden.

Einige Pat. mit Gelenk- und Knochentuberculose sind schon fast 2 Monate in Behandlung. 2 Kinder mit Tuberculose des Kniegelenkes und ein 40-jähr. Mann mit Tuberculose des linken Handgelenkes sind als geheilt entlassen, da sie auf Injection grösserer Dosen nicht mehr mit Fieber und Schmerz der erkrankten Gelenke reagirten. Auch ein 3-jähr. Knabe mit einer zu einem tuberculösen Herde eines Metatarsalknochens führenden Fistel scheint geheilt, da selbst auf hohe Dosen das früher folgende Fieber nebst Schwellung der Umgebung der Fistel fehlt.

Die nach der Injection in typischer Weise auftretende und sich zurückbildende Schwellung und Schmerzhaftigkeit der erkrankten Theile giebt in allen zweifelhaften Fällen von Gelenk- und Knochentuberculose die Sicherheit der Diagnose. Das Fieber kann auch durch Tuberculose der Lungen oder anderer innerer Organe hervorgerufen sein. — Nach der Koch'schen Entdeckung ist es jetzt die erste Pflicht des Chirurgen, dem Kranken die tuberculöse Infection zu heilen und zunächst jeden operativen Eingriff möglichst einzuschränken. Nach Heilung der Infection sind dann die Störungen zu beseitigen, die nach Ablauf des tuberculösen Processes zurückgeblieben sind (Plastik, Narben-, Sequesteroperation etc.). Schröder.

R. Köhler und Westphal: Ueber die Versuche mit dem von Herrn Geheimrath Koch gegen Tuberculose empfohlenen Mittel. (D. med. Woch. № 47).

Bei den auf der Köhler'schen Abtheilung des Charitékrankenhauses an 8 Kranken gemachten Versuchen wurde meist die 1%-ige Verdünnung des Koch'schen Mittels mit destillirtem Wasser, selten mit 0,5% Carbolsäure angewandt. Die wässerige Lösung wurde 1 Mal täglich nach den Injectionen behufs Verhütung einer Trübung erhitzt, die zur Injection dienende Koch'sche Spritze nach jedesmaligem Gebrauch mittelst absoluten Alkohols desinficirt. Begonnen wurde 4 Mal mit 0,1 Ccm. des 1%-igen Mittels und bis 1 Ccm. gesteigert; 4 Mal wurde beim 1. Mal 1,0 Ccm., 1 Mal 0,2, 2 Mal 0,3 und 1 Mal 0,5 eingespritzt. Ver-



braucht wurden im Ganzen 0,8—6,2 der 1% Lösung bei den einzelnen Kranken.

Die Injection ist fast immer schmerzlos, doch treten nach ½ Stunde ein geringes schmerzhaftes Gefühl und Druckempfindlichkeit auf, die ca. 24 Stunden anhalten. Die örtliche Reaction auf die Injection ist unbedeutend, nur bei Injection unterhalb der Kniescheibe und am Fussrücken trat, unabhängig von der Menge der injicirten Flüssigkeit, stärkere und ausgedehntere Schwellung auf.

An 4 Kranken, bei welchen Tuberculose mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte, wurden Versuche angestellt über etwa sich zeigende Einwirkung des Mittels auf nicht tuberculöse Wunden, Geschwüre und Narben. Es trat an den letzteren keine örtliche Reaction auf und hat daher das Mittel differential-diagnostisch eine hohe Bedeutung. Die Allgemeinreaction war wie sonst bei Gesunden.

Von den 8 tuberculösen Kranken im Alter von 11—28 Jahren litten 2 an Lupus, 6 an tubercul. Drüsen-, Gelenk- und Knochenentzündungen, resp. Narben nach Operation solcher. — Bei diesen trat das Fieber 3—6 Stunden nach der Injection auf. Der Verlauf desselben war verschieden bei den einzelnen Kranken, auch bei gleicher Dosis und erster Injection, desgleichen bei den späteren Injectionen, wie aus 5 mitgetheilten Curven ersichtlich. Der Frostanfall blieb nach einzelnen Injectionen, bei einem Kranken stets aus. Das Fieber stieg meist auf 40° und darüber und sank in ca. 24 Stunden wieder auf die Norm.

Die Pulsfrequenz wurde mit dem Fieber eine recht hohe, oft 130—140, einmal sogar 160. — Bei den 2 an Lupus und einer an tubercul. Drüsennarben Leidenden rief die Injection ein meist scharlachähnliches, hauptsächlich am Rumpfe verbreitetes Exanthem hervor, das bisweilen (bei 1 Pat. stets) mehr die Form von rothen, zusammenfliessenden Quaddeln, oder auch einen roseolaartigen Charakter hatte.

Bei beiden Lupuskranken trat im Laufe der Behandlung Icterus (bei 1 Pat. 2 Mal) auf; Gallenfarbstoff liess sich mit der Gmelin'schen Probe nicht nachweisen.

Die locale Reaction bei den Lupuskranken war die bereits mitgetheilte. Nach Abstossung der Borken zeigte sich glatte Narbe oder blasse Granulationen, die unter dem Schorf vernarbten. — Bei den nach Vereiterung oder Exstirpation tuberculöser Drüsen zurückgebliebenen Narben war bei derselben Person die Reaction (Röthung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit) an einigen Narben sehr auffallend, an anderen nur unbedeutend. — Bei den Fussgelenkentzündungen trat Schwellung der Gelenke ein, die bei der Kniegelenkentzündung nicht sicher nachgewiesen werden konnte; doch liess sich hier eine fortschreitende Besserung der Beweglichkeit constatiren.

In einem Falle trat 3 Tage nach der Injection von 1,0 Ccm. eine acute Hornhautentzündung auf einem Auge mit Bildung eines 4 Mm. langen Geschwürs im inneren unteren Quadranten auf; ob zufällig oder in Folge von tubercul. Gewebe im Auge, blieb unentschieden.

Es folgen die 8 genauen Krankheitsgeschichten.

Schröder.

Prof. E. von Bergmann: **Mittheilungen über die mit dem Koch'schen Heilverfahren gewonnenen Ergebnisse.** (D. med. Wochenschrift № 47).

Während dieses in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins am 16. Nov. gehaltenen Vortrages wurden einer Reihe von Patienten mit Lupus, Lymphdrüsen-, Gelenk- und Knochentuberculose Injectionen des Koch'schen Mittels gemacht, damit die Anwesenden sich von dem Zustande der Kranken überzeugen und die Wirkung der Behandlung in der Folge beobachten könnten. Injicirt wurde das Mittel in der Dosis von 0,001 (1-jähr. Kind) bis 0,01 (d. h. 1 Ccm. der 1%-igen Lösung), welche letztere als die für Erwachsene unter sonst normalen Umständen passende Anfangsdosis jetzt angenommen ist.

Ferner wurde eine Anzahl von Patienten vorgeführt, denen am Abend vorher und am Morgen desselben Tages, die Injection gemacht worden war; darunter mit Lupus 5, welche die bereits geschilderten charakteristischen allgemeinen und örtlichen Reactionserscheinungen zeigten; Lymphdrüsentuberculose 2; tubercul. Gelenk- und Knochenaffectionen 4, unter denen bei einem Kinde der Process für bereits abgelaufen gehalten wurde und erst durch die Reaction auf das Mittel als noch fortbestehend erkannt und daher die beabsichtigte Stellungscorrectur aufgeschoben wurde (weiter unten folgt ein Fall von abgelaufener Coxitis tuberc., wo das Ausbleiben der Reaction die Abwesenheit von Tuberculose nachwies und daher zur Operation geschritten wurde); Larynxtuberculose 3, von denen zwei mit Ulcera laryngis starke Schwellung und Infiltration in der Umgebung derselben zeigten, während bei dem dritten mit Laryngitis submucosa diffusa und Ulcerationen beider Stimmbänder nur die Epiglottis stärker geschwollen war, die Larynxschleimhaut aber überall blass blieb.

In dieser Reihe von Patienten waren ausserdem zwei, denen die Injection zu differential-diagnostischem Zwecke am Morgen desselben Tages gemacht worden war und bei denen die grosse Bedeutung der Koch'schen Methode als oft unentbehrliches differential-diagnostisches Hilfsmittel sich deutlich zeigte. Im ersten Falle fragte es sich, ob Syphilis oder Tuberculose die Ursache einer ausgebreiteten, ulcerösen Erkrankung der Schleimhaut der Wangen und des anstossenden Proc. alveolaris bei einem 44-jähr. Manne sei; im zweiten Falle war beginnendes Carcinoma laryngis diagnosticirt, das ja auch durch die „Stückchendiagnose" nicht mit völliger Sicherheit von Tuberculose zu unterscheiden ist. In beiden Fällen liess sich durch die ausbleibende allgemeine und örtliche Reaction Tuberculose ausschliessen.

Endlich wurden Patienten vorgeführt, welche schon seit einiger Zeit in der Klinik v. B.'s in Behandlung sind. Darunter 3 Lupuskranke, von denen einer (32-jähr. Mann mit tubercul. Ulcerationen am Proc. alveolaris des Oberkiefers und am harten und weichen Gaumen mit kleinen Knötchen in der Umgebung, seit ¾ Jahr bestehend) nach einigen Injectionen in 10 Tagen als geheilt betrachtet werden kann, da keine Reaction mehr auftritt auf die Injection und der locale Herd sich vollständig gereinigt hat und sich mit Epithel zu bedecken beginnt. Beim 2. Pat. mit Lupus des Gesichts ist nach 5 Injectionen in 10 Tagen wesentliche Besserung eingetreten, doch reagirt er noch auf die Injection; unter den Borken und Schuppen ist bereits vollkommen glatte Haut (wie eine rothe Narbe) vorhanden. Bei der 3. Pat. (45-jähr. Frau) mit Gesichtslupus ist das ebenso der Fall, obgleich sie versuchshalber überhaupt nur 1 Injection in 10 Tagen bekommen; bei ihr wurden durch die örtliche Reaction bis dahin unbemerkt gebliebene kleine Lupusknötchen oberhalb der linken Kniescheibe und ausserdem eine Tendovaginitis tubercul. der linken Hand entdeckt.

Eine 21-jähr. Patientin mit Lymphdrüsentuberculose, seit 14 Tagen in Behandlung, zeigt nach 5 Injectionen Verkleinerung der geschwollenen Drüsen; bei ihr trat nach jeder Injection ein blassrothes, papulöses Exanthem auf Nacken, Brust und Rücken auf.

3 Kinder (2½—6 J.) mit Coxitis tuberc. zeigten nach 5 Inject. in 10 Tagen Besserung: Abnahme der Schwellung und Schmerzhaftigkeit; die bei zweien vorhandene pathologische Stellungsänderung blieb unverändert, ebenso bei einem ein grosser Abscess. Bei einem 23-jähr. Manne mit Gonitis tubercul. mit Abscess war nach 4 Inject. in 10 Tagen die Schwellung geringer, die Schmerzhaftigkeit die gleiche, der Abscess unverändert. Schröder.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Leopold Meyer: **Der Menstruationsprocess und seine krankhaften Abweichungen.** Für Studirende und Aerzte, nach Vorlesungen, gehalten an der Kopenhagener Universität im Herbstsemester 1889. Stuttgart 1890. Verlag von F. Enke.

Verf. giebt in vorliegender Abhandlung eine mit unserem jetzigen Wissen übereinstimmende Darstellung des für den weiblichen Organismus so bedeutungsvollen Menstruationsprocesses.

Im ersten Abschnitte werden die Menstruation und die durch dieselbe bedingten Veränderungen in den verschiedenen Organen geschildert, die wichtigsten Menstruationstheorien in übersichtlicher Zusammenstellung vorgeführt und die Hygiene der Menstruation besprochen.

Der zweite Abschnitt handelt von der Pathologie des Menstruationsprocesses. In der Einleitung hebt Verf. hervor, dass ein richtiges Verständniss der Natur der Menstruationsanomalien nur dann erreicht werden kann, wenn man die Menstruation als einen Process betrachtet, welcher den ganzen Organismus in Mitleidenschaft zieht und Ausdruck durch die verschiedensten Lebensäusserungen desselben findet. Es werden darauf die krankhaften Veränderungen in Betreff des Eintrittes der Menses, die Anomalien während des Verlaufes derselben und der prä- und intramenstrualen Periode, endlich die Abnormitäten beim Eintritt der Menopause einer eingehenden Besprechung unterzogen.

Wir können das Büchlein den Collegen zur Lectüre empfehlen.

Dobbert.

H. Leloir und E. Vidal: **Symptomatologie und Histologie der Hautkrankheiten.** In deutscher Bearbeitung von Dr. E. Schiff in Wien. Lieferung 1. Hamburg und Leipzig. Verlag von Leopold Voss. 80 Seiten. Mit 6 Farbendruck-Tafeln.

Im Frühling erschien die erste Lieferung dieses Werkes in französischer Sprache und liegt uns nun dieselbe bereits in deutscher Uebersetzung vor. Der Name Leloir allein genügt, um etwas Ausserordentliches zu erwarten und werden die Erwartungen vollkommen erfüllt, wenn man sich die vorzüglichen Farbentafeln mit Darstellung mikroskopischer Bilder der verschiedenen pathologischen Veränderungen anschaut. Man glaubt in's Mikroskop zu schauen.

Das vorliegende Werk entspricht einem längst gefühlten Bedürfniss nach guter Wiedergabe dermato-histologischer Bilder. Dabei giebt der Text in eleganter, prägnanter Weise eine kurze Beschreibung der betreffenden Hautkrankheiten. Um über die ganze Schwierigkeit der Systematik hinwegzukommen, haben L. und V. (wie das auch Lesser in seinem Handbuche gethan) die alphabetische Ordnung gewählt. Lieferung 1 bietet daher;

Achromie, Acne, Acrodynie, Actinomycosis, Anämie der Haut und Atrophie der Haut.

Bezüglich der Uebersetzung können wir nur sagen, dass sie glatt und fliessend ist.

Wir empfehlen das Werk allen Freunden der Dermatologie auf's Wärmste und hoffen bald die folgenden Lieferungen begrüssen zu können. Petersen.

E. Ziegler: Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathologischen Anatomie. Sechste verbesserte und theilweise neu bearbeitete Auflage. Band I: Allgemeine pathologische Anatomie und Pathogenese. 568 Seiten mit 343 theils schwarzen, theils farbigen Abbildungen und einer Tafel in Chromolithographie. Jena 1889. Gustav Fischer. Preis 10 Mark.

In acht Jahren sechs Auflagen eines Werkes aus einem medicinischen Specialfache! Das spricht wohl beredter als jedes Lob für den Werth des uns vorliegenden allbekannten Ziegler'schen Lehrbuches der pathologischen Anatomie. Es sei uns daher gestattet, im Nachfolgenden nur einige Neuerungen und wesentliche Verbesserungen hervorzuheben, welche diese Auflage gegenüber den früheren aufweist. Im vierten Abschnitte zunächst (regressive Ernährungsstörungen) ist ein vollständig neues Capitel über den Tod aufgenommen. Vom sechsten Abschnitt (Entzündung) ist vornehmlich das Capitel über die entzündliche Gewebsneubildung in eine neue Form gebracht, wobei Ziegler die hauptsächlich durch seine eigenen früheren Beobachtungen gestützte Lehre von der bindegewebsbildenden Fähigkeit der ausgewanderten weissen Blutkörperchen jetzt auf Grund seiner neueren fortgesetzten Forschungen ziemlich vollständig aufgegeben hat. Der achte Abschnitt (Missbildungen der Leibesform) ist zum Theil neu bearbeitet und durch Aufnahme einzelner bisher im speciellen Theil untergebrachter Capitel vervollständigt worden. Infolge der bedeutsamen Errungenschaften, welche die Forschungen über die Ursachen und das Wesen der Infectionskrankheiten in den letzten Jahren zu verzeichnen gehabt haben, sowie des Einblickes, welchen vielfache experimentelle Untersuchungen über die Variabilität der Eigenschaften pathogener Spaltpilze und die durch Impfung zu erzielende Immunität gegen Infectionskrankheiten in das Wesen dieser Erscheinungen geboten haben, hat namentlich der neunte Abschnitt, welcher von den durch pathogene Spaltpilze verursachten krankhaften Gewebsveränderungen handelt, zu einem grossen Theil neu bearbeitet werden müssen, wobei die Literatur bis auf die letzte Zeit berücksichtigt worden. Ausser diesen wesentlichsten Aenderungen war der Autor überall bestrebt, den Forschungsergebnissen der letzten Jahre gebührend Rechnung zu tragen, vorhandene Lücken zu ergänzen und den Stoff möglichst übersichtlich zu gruppiren. Das den einzelnen Paragraphen beigegebene Literaturverzeichniss ist jeweilen mit einer Ueberschrift versehen und nach den Autoren alphabetisch geordnet worden. Schliesslich wurde die Zahl der Abbildungen zur Erläuterung des Textes wiederum von 307 auf 343 erhöht.

Wir sind überzeugt, dass durch alle diese Aenderungen das Buch sich nicht allein seine früheren Freunde erhalten, sondern noch zahlreiche neue dazu erwerben, und dadurch in noch erhöhtem Maasse zur Verbreitung von pathologisch-anatomischen Kenntnissen sowohl unter Aerzten wie unter Studirenden beitragen wird. Jalan de la Croix.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Guldberg (Mon. f. prakt. Derm. № 10) lenkt die Aufmerksamkeit auf das *Döglingöl* oder *Entenwalöl, Oleum Physeteris s. Chaenoceti*, welches aus dem Specke des Entenwals, Hyperoodon diodon, gewonnen wird. Da es ein geringeres specifisches Gewicht und grössere Fähigkeit durch die Epidermis zu gehen besitzt, als die meisten anderen thierischen Fette, so ist es zu manchen medicinischen Zwecken sehr zu empfehlen. Boeck in Christiania hat dieses Oel mehrere Monate lang angewandt und wird später darüber berichten. Vorläufig werden einige Verbindungen zum allgem. Gebrauch empfohlen: z. B. Acid. carbol. 2,0—5,0, Olei Chaenoceti 98,0—95,0. Eine gut anwendbare Salbenbasis ist: Olei Chaenoceti 80,0, Cerae japonic. s. alb. 20,0. Als Hg-Salbe würde man also z. B. verordnen: Hydrarg. 20,0, Ung. Chaenoceti 80,0. Das für medicinische Zwecke brauchbare Oel ist allein durch J. Sell in Christiania zu beziehen und stellt sich um 40% billiger als Olivenöl. (D. med. Woch. № 43).

— C. L. Swaine berichtet im „Brit. med. Journ.", dass die indischen Soldaten (Sepoys) und deren Familien während einer Pockenepidemie, welche in Indien herrschte, von der Krankheit gänzlich verschont geblieben sind, mit Ausnahme von 2 Sepoykindern, welche nicht geimpft waren. Die Geschwister der beiden erkrankten Kinder, die geimpft und wiedergeimpft waren, blieben gesund. Auch während einer Blatternepidemie in Jalna im Jahre 1889 erkrankte von den Mannschaften des Regiments und deren Familien (1537 Personen) Niemand an den Pocken.

— Der Apotheker *Nicot* empfiehlt folgende *Tinctura emulsiva*, um ölige, harzige und dergl. Substanzen zu emulgiren und ihren Geschmack zu verbessern: Rp. Cort. Quillajae Saponariae 20,0, Balsami tolutani 200,0, Vanillae 5,0, Corticis recentis duorum fructuum Citri, Alcoholis 80° 1000,0. M. Die Droguen werden 10 Tage lang im Alkohol macerirt, und dann das Ganze filtrirt. Verschrieben wird z. B.: Rp. Ol. Ricini 30,0, Tinct. emulsiva 2,0, M. velociter et adde Syrupi simpl. 40,0, Aqu. fl. Naphae 10,0.

Das Koch'sche Heilmittel gegen Tuberculose

ist bereits hier in St. Petersburg. Am Sonntag den 11. November wurde dasselbe von Prof. Anrep, der es aus Berlin mitgebracht hat, im neuen bacteriologischen Institut des Prinzen von Oldenburg einem dazu geladenen kleinen Kreise von Aerzten gezeigt und die ersten Injectionen dreien Lupuskranken gemacht. Prof. Anrep berichtete über seine Reise, hob die grosse Liebenswürdigkeit hervor, mit welcher ihm Koch selbst das ganze neue Heilverfahren mittheilte und ihm Alles zur Disposition stellte, um sich selbst über das Mittel und dessen Erfolge eingehend unterrichten zu können. Diese Erfolge sind, wie auch A. sich an den Kranken überzeugen konnte, vollkommen zu nennen. Mit grösster Bereitwilligkeit wurde A. eine Quantität des Mittels zur Demonstration und zur Nachprüfung an Kranken in St. Petersburg überlassen, nur musste A. sich verpflichten, genau nach den Koch'schen Vorschriften dabei zu verfahren. Bisher sind ausser in Berlin nur noch in Wien (von Prof. Schrötter) Versuche mit dem Mittel angestellt worden. — So wünschenswerth es wäre, dass auch die Veröffentlichung der Herstellung des Mittels schon jetzt der erwartungsvoll und sehnlichst harrenden Mitwelt zu Theil werde, so müssen wir doch die Gründe eines so hoch stehenden, exacten Forschers achten, die ihn zunächst noch davon abhalten, und ihm vertrauen, dass er damit, sobald es ihm irgend möglich erscheint, hervortreten wird.

Die Kranken, denen die Injectionen gemacht wurden, sollen, wie wir hören, von Aerzten täglich zwischen 1 und 3 Uhr im bacteriologischen Institute gesehen werden können.

Ausser Prof. Anrep sind noch Dr. N. Ssokolow, Oberarzt des städtischen Alexander-Baracken-Hospitals, von Seiten unserer Stadtverwaltung und die DDr. V. Feldt und Schomaker vom Nikolai-Kinderhospital nach Berlin abdelegirt worden zum Studium der neuen Heilmethode. Auch aus anderen Städten Russlands sind bereits zahlreiche Aerzte zu gleichem Zweck nach Berlin entsandt worden.

Vermischtes.

— Die *constituirende Versammlung des Petersburger Aerzte-Vereins zu gegenseitiger Hilfeleistung* wird am Montag den 19. November um $8^1/_2$ Uhr Abends im kleinen Saale der Stadtverwaltung (Duma) stattfinden (Eingang von dem Dumski-Pereulok, Anfahrt № 3). Tagesordnung: Wahl des Vorstandes und der Ehrenrichter. — Bis jetzt haben sich bereits 475 Mitglieder angemeldet, ein deutliches Zeichen dafür, wie zeitgemäss die Bildung dieses Vereines ist.

— Der medicinischen Facultät der Dorpater Universität steht wieder ein herber Verlust bevor, indem der ordentliche Professor der Psychiatrie, Dr. Emil Kräpelin, seine Lehrthätigkeit in Dorpat aufgeben wird, um einem Rufe an die Universität Heidelberg Folge zu leisten. Obschon Prof. Kräpelin, schreibt die „N. Dörpt. Ztg.", erst 4 Jahre in Dorpat thätig gewesen, hat er doch durch seine Befähigung für das Lehrfach wie als praktischer Psychiater, durch seinen anregenden Geist wie durch seinen ehrenwerthen Charakter und seine persönliche Liebenswürdigkeit sich in Dorpat eine so feste und geschätzte Stellung erworben, dass sein Scheiden nicht nur in academischen Kreisen, sondern auch weit über dieselben hinaus schmerzlich empfunden wird.

— Der ehemalige Professor der Augenheilkunde an der milit.-medicin. Academie, Geheimrath Dr. E. Junge, welcher in den letzten Jahren Director der Petrowski'schen landwirthschaftlichen Academie war, hat wegen Krankheit seinen Abschied von letzterem Posten genommen.

— Dr. Kossorotow ist zum *Prosector beim Lehrstuhl der gerichtlichen Medicin* an der milit.-medicin. Academie gewählt worden.

— Der Oberarzt des nunmehr eingegangenen Militärhospitals in Zarskoje-Sselo, Geheimrath Dr. Dembski, ist zum Oberarzt des Militärlazareths ebendaselbst ernannt worden.

— *Verstorben*: 1) Am 27. Oct. in Dünaburg der Regim.-Oberarzt a. D. Dr. Woldemar Natanson, 60 Jahre alt, an doppelseitiger croupöser Pneumonie. Der Verstorbene hat, neben einer ausgedehnten ärztlichen Praxis (33 Jahre), die Functionen eines Militärarztes ausgeübt (1858—1883), 16 Jahre das unter seiner Mitwirkung entstandene jüdische Krankenhaus in Dünaburg geleitet und an der Entwickelung der städtischen Schulen und Wohlthätigkeitsanstalten regen Antheil genommen. — 2) Am 7. November im Flecken Tschorna (im Dörpt'schen Kreise) der dortige freiprakticirende Arzt Adolph Sachsendahl im 42. Lebensjahre. Der Verstorbene stammte aus Dorpat, wo er auch von 1872—1878 sich dem Studium der Medicin widmete. Nach Erlangung des Arztgrades war S. von 1879—84 Arzt in St. Petersburg, darauf in Dorpat und in den letzten Jahren in Tschorna



XV. JAHRGANG. **St. Petersburger** Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Dr. Carl Dehio, Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder, St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis ist in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 16 Mark jährlich, 8 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 30 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — **Referate** werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 47 St. Petersburg, 24. November (6. December) **1890**

Ein casuistischer Beitrag zur Heilbarkeit der Pyämie.

Infectio pyaemica sub operatione. Panaritium septicum. Infarctus pulmonum multiplices et renis dext. Peri-para nephritis suppurativa. Phlebitis et periostitis cum sequestribus oss. cruris sin. Anaemia. Sanatio.

Meine Krankheitsgeschichte.

Dr. K. Zmigrodzki.

Vortrag, gehalten am 2. October 1890 im Verein St. Petersburger Aerzte.

Motto:

I believe these cases of severe septic infection, if they do get well, scarcely ever do so because of the doctor, but by the grace of God.

Dr. Parkes: The Obstetric Gazette. Cincinnati, September 1890, № 9, p. 456.

Die moderne Chirurgie will nur im Perfectum, wie Hüter[1]) sagt, von den klinischen Erscheinungen der Septico-Pyämie sprechen. Hüter dachte auch vor einigen Jahren den Satz aufstellen zu können: „Die Pyaemia multiplex existirt nicht mehr." Dieser Satz lässt sich aber nicht rechtfertigen. — Die bedeutenden Fortschritte der Bacteriologie in den letzten Jahren haben uns zwar über Manches in Betreff der Aetiologie der Septico-Pyämie aufgeklärt, wir müssen aber eingestehen, dass diese chirurgische Plage sich trotz unserer ganzen Anti- und Aseptik noch häufig genug unverhofft in unsere chirurgischen Kliniken einschleicht und dass wir dann, bei schon entwickelter Infection weder dem epidemischen Fortschreiten derselben direct vorbeugen, noch die Genesung des inficirten Individuums mit Gewissheit herbeiführen können. Es sind besonders die Wöchnerinnen und das medicinische Personal, welche am häufigsten diesen Infectionen anheimfallen.

Nach der neuesten russischen Statistik von Prof. Slawjanski haben wir ca. 7 % puerperale Erkrankungen in Russland[2]). Eine Statistik über die septischen Infectionen des medicinischen Personals ist bis jetzt leider noch nicht zusammengestellt worden. (Daher habe ich auch durch Annoncen in mehreren medicinischen Zeitungen, wie St. Petersb. Medicin. Wochenschrift, Wratsch, Russkaja Medizina u. a., die Collegen des In- und Auslandes aufgefordert, mich bis zum 1. Januar 1891 über alle Ihnen bekannten Fälle von septico-pyämischer Infection von Aerzten und vom medicinischen Personal, welche sich im Laufe der letzten 20 Jahre ereignet haben, gefälligst benachrichtigen zu wollen). Allbekannt ist es jedoch, dass jeder Chirurg fast täglich der Gefahr einer zufälligen Infection ausgesetzt ist, die aber glücklicherweise in der Mehrzahl der Fälle ohne ernstere Folgen bleibt. Ausnahmsweise aber sind diese Erkrankungen, wenn nicht direct letal, so doch schwer genug. Ich selbst habe das Unglück gehabt, eine solche Krankheit durchzumachen; meine Krankheitsgeschichte war nicht nur für mich bedeutungsvoll; sie wird auch für Sie, meine Herren, von Interesse sein, wenn ich sie Ihnen hier mittheile.

Vor 2 Jahren befand sich eine an Gesichtsrose leidende Kranke E. D., 30 Jahre alt, im Peter-Paulhospitale in Behandlung; die Rose ging später auf die Kopfhaut und die beiden Schulterblattgegenden über. Am 7. Juli 1888 wurde Pat., dem Anscheine nach genesen, ausgeschrieben. Am 5. Sept. jedoch nahm ich sie in's Hospital wieder auf, da sie eine umfangreiche Phlegmone in der Gegend des rechten Schulterblattes hatte. Am selben Tage noch machte ich ihr mehrere Schnitte, um den Eiter zu entleeren und die Abscesshöhle zu drainiren und zu tamponiren. Pat. erholte sich rasch und verliess am 22. Sept. 1888 das Hospital. Bei dieser einfachen Operation zog ich mir, auf eine mir unerklärliche Weise (vielleicht hatte ich damals eine kleine Erosion am Finger), eine eiterige Infection zu. Schon in der nächsten Nacht stellten sich heftige Schmerzen am linken Daumen, in der Gegend des Nagels an der ulnaren Seite ein, und am Morgen des 6. Sept. bemerkte ich an dieser Stelle ein sich entwickelndes Panaritium subunguealе. Am 7. Sept. machte ich mir selbst eine subcutane Cocaininjection, spaltete den sich bildenden Abscess und legte mir einen antiseptischen Verband an. Ich zweifelte keinen Augenblick an einer baldigen Genesung. Aber diese meine Voraussetzung sollte sich nicht bewahrheiten. Die Wunde heilte nicht; wurde dagegen trocken, sehr empfindlich und es stellte sich Fieber ein. Ich wandte mich dann an Dr. Dombrowski mit der Bitte, mir zwei Einschnitte an den empfindlichsten Stellen des Fingers zu machen — einen an der Volarseite, den anderen in der Nähe der schon bestehenden Wunde — um den Eiter womöglich vollkommen zu entleeren. Unter Cocainanästhesie entfernte mir der geehrte College einen Theil des Nagels, machte auch noch zwei tiefere Einschnitte, wobei sich aber kein Eiter zeigte, und verband die Wunden antiseptisch. Nun wurde mir mit Bestimmtheit eine baldige Genesung vorausgesagt. Statt dessen stellte sich in der Nacht auf den 20. Sept. plötzlich ein heftiger Schüttelfrost ein und ich empfand Schmerzen in der linken Thoraxgegend und längs dem Rippenrande. Da ich diese Schmerzen für eine Colitis hielt, nahm ich Ol. Ricini und Gr. VII Calomel ein. Es trat aber keine Besserung des Zustandes ein, und so wandte ich mich am 23. Sept. an Dr. K. L. Pawlow, welcher, nach sorgfältiger Untersuchung, bei mir eine Affection in der linken Lunge constatirte (im oberen Lungenlappen, in der Gegend der

[1]) Hüter: Allgemeine Chirurgie, Bd. I, pag. 260—262.
[2]) Verhandlungen des X. internat. Congresses in Berlin 1890.

Linca axill. ant. eine Dämpfung des Percussionsschalles, eine erhöhte Vibration, pleuritisches Reiben und subcrepitirende Rasselgeräusche auf einem beschränkten Raume). Der Husten war in der ersten Zeit gering; aber am dritten Tage entleerte sich beim Aufhusten ein theilweise bluthaltiges, braungefärbtes, aus Schleimklumpen bestehendes Sputum. Nach 2—3 Tagen konnte man an der oben erwähnten Stelle der linken Lunge nur Crepitation, ohne jegliche Anzeichen von Lungeninfiltration (Hepatisation) bemerken (Fehlen von Bronchialathmen u. s. w.). Die Schmerzen in der Seite hörten auf, die Temp. fiel rasch ab und das reichliche Sputum bestand ausschliesslich aus Eiterklumpen. Infolge dieser klinischen Erscheinungen wurde die Diagnose eines hämorrhagischen Lungeninfarctes, embolischen Ursprungs, gestellt, welchen man am nächsten mit dem Panaritium an meiner linken Hand in Causalnexus bringen musste, da dieses Panaritium nicht die geringste Neigung zur Heilung zeigte. Ich möchte besonderes Gewicht darauf legen, dass weiter als die Nagelphalanx des Daumens gar keine vorwärtsschreitenden entzündlichen Erscheinungen, weder zu dieser Zeit noch während des weiteren Verlaufes meiner Krankheit, zu sehen waren. Es war durchaus keine Lymphangoitis, Erysipel oder Lymphadenitis vorhanden — diese gewöhnlichen Folgen einer septisch-pyämischen Infection. Nach einigen Tagen entwickelten sich wieder, unter vollkommen analogen klinischen Erscheinungen, ein zweiter, dritter u. s. w., im Ganzen sechs Infarcte, und zwar immer in derselben linken Lunge, und das im Laufe der nächsten drei bis vier Wochen.

Da wurden zuerst Dr. Tschemesow und dann Prof. Koschlakow zur Consultation hinzugezogen. Beide bestätigten vollkommen die Diagnose der pyämischen Lungeninfarcte und stellten eine durchaus ungünstige Prognose quoad vitam, obwohl Prof. Koschlakow noch einige Hoffnung, auf Grund einiger analoger Fälle aus seiner Praxis, gab. Die Behandlung war eine symptomatische, welche besonders die Erhaltung der Kräfte des Organismus und der Herzthätigkeit zum Ziele hatte. Mein Radialpuls war übrigens während meiner ganzen Krankheit sehr kräftig, obgleich ich durchaus keinen Wein zu mir nehmen wollte. Zu derselben Zeit bildeten sich begrenzte Venenentzündungen oberhalb der inneren Malleolen der beiden Füsse (Phlebitis venarum saphaen. int.). Anfänglich waren es bläuliche, sehr empfindliche Anschwellungen der Haut, welche Fluctuation oder vielmehr Pastosität aufwiesen, und bei Anwendung von Sublimatumschlägen sich rasch genug resorbirten, indem sie nur Pigmentflecke auf der Haut bleibend hinterliessen.

Wie man der Ihnen vorgelegten Curve entnehmen kann, war die Temp. bis zum 17. Oct. eine recht hohe. An diesem Tage aber fiel sie von 38° auf 36,8°, und trotz der traurigen Prognose fing ich an mich zu erholen. Appetit stellte sich wieder ein, und am 31. Oct. (d. h. am 42. Tage meiner Krankheit, deren Anfang man vom 20. Sept. d. h. vom Tage des ersten Schüttelfrostes ab, rechnen kann) verliess ich das Bett. Nach ungefähr anderthalb Wochen ging ich zum ersten Male aus und meine Kräfte hoben sich, wenn auch langsam. Ich fühlte aber fortwährend dumpfe Schmerzen in den Processus spinosi der Lendenwirbel, besonders nach andauerndem Sitzen, was ich jedoch nicht berücksichtigte. Als ich eines Tages von der Droschke stieg, fühlte ich plötzlich einen heftigen Schmerz am äusseren Malleolus des linken Fusses, wie bei einer Distorsion. Die Schmerzen hielten von diesem Moment lange an und hatten den Charakter von rheumatischen Schmerzen, welche sich längs dem ganzen linken Unterschenkel verbreiteten. Nach ein paar Tagen bemerkte man schon deutliche periostale Anschwellungen an der vorderen Fläche des oberen Drittels der Tibia sin. unterhalb ihrer Tuberositas und über dem unteren Ende der Fibula sinistra an der hinteren Fläche des Unterschenkels. Ich wollte mich nicht wieder in's Bett legen und wandte ambulatorisch Compresse échauffante an. Da ich keine Fieberanfälle hatte, machte ich auch vom 31. Oct. bis zum 10. Nov. keine Temperaturmessungen. Am 11. Nov. aber war ich wieder bettlägerig geworden, da bei heftigem Schüttelfrost die Temp. auf 39,3° stieg und ich heftige Stiche im rechten Hypochondrium fühlte. Der zu Rathe gezogene College K. L. Pawlow, der den Verlauf meiner ganzen Krankheit kannte, constatirte wieder die Bildung eines Infarctes, jetzt aber in dem unteren (hinteren) Lappen der *rechten* Lunge, dessen Entwickelung und klinischer Verlauf denjenigen der linken Lunge vollkommen analog war, und welchen ganz ähnliche remittirende Temperaturschwankungen begleiteten. Dabei beobachtete man eine neue Complication — ein bedeutendes pleuritisches Exsudat im unteren Abschnitte (im Supplementraume) der rechten Pleura. In dieser Zeit verfolgten meine Krankheit und behandelten mich meine hochgeehrten Collegen Dr. Pawlow und Dr. Triwus. Die grossen Temperaturschwankungen wurden jedesmal von heftigen Schüttelfrösten und profusen Schweissen begleitet. Die Schmerzen hatten zuerst einen pleuritischen Charakter und waren sehr heftig. Anfang Dec. fühlte ich deutlich qualvolle Schmerzen im rechten Hypochondrium, welche ich als diaphragmatische bezeichnen kann, und zu deren Linderung ich mich genöthigt fühlte, so oberflächlich als möglich zu athmen und meine Zuflucht zu subcutanen Morphiuminjectionen zu nehmen.

Vom 1. bis zum 15. Dec. war die Temperatur annähernd 39,0° und der Charakter des Fiebers ein mehr oder weniger beständiger (Febris continua), was selbstverständlich meine Kräfte ungeheuer schwächte. Infolge beständiger Schmerzen unter dem rechten Rippenrande sowohl, als noch hinzugekommener viel schmerzhafterer Krämpfe in den Bauchmuskeln der rechten Seite und hauptsächlich des M. rectus abd. dex. konnte ich nur auf der rechten Seite liegen, indem ich das rechte Bein im Hüftgelenk fortwährend flectirt halten musste. Zeitweise stellten sich Frostanfälle und profuse Schweisse ein. Die mich behandelnden Collegen konnten sich alle diese Krankheitserscheinungen durch die verhältnissmässig unbedeutenden Veränderungen in den Lungen und der Pleura, die sich bei der objectiven Untersuchung ergaben, nicht erklären. Im Urin, welcher von Dr. Moehlenfeld mehrmals untersucht wurde, liessen sich durchaus keine pathologischen Veränderungen nachweisen. Mein Zustand war unterdessen sehr ernst geworden; alle therapeutischen Mittel erwiesen sich ganz erfolglos. So beschlossen denn die mich behandelnden Collegen, mit meiner Einwilligung, den verstorbenen Prof. S. P. Botkin zur Consultation aufzufordern; derselbe konnte aber erst nach 5 Tagen d. h. den 20. Dec. kommen. Zu diesem Tage hatte sich das Bild meiner Krankheit schon geklärt. Es hatte sich nämlich in der rechten Lumbalgegend eine Geschwulst, allen Anzeichen nach ein paranephritischer Abscess, gebildet. Diese Diagnose wurde auch von S. P. Botkin bestätigt. Derselbe rieth so bald als möglich zur Operation, die allein mich retten könnte, zu schreiten. Damit übergab er mich, so zu sagen, in die Hände meines verehrten Collegen X. P. Dombrowski. Am nächsten Tage wurde ich auf einer Tragbahre ins Peter-Paulhospital gebracht und am selben Tage d. h. am 21. Dec. um 10 Uhr Morgens, wurde an mir die Operation gemacht. In der Chloroformcocainnarcose machte X. P. Dombrowski mir einen langen Lumbalschnitt. Nicht nur das subcutane und intramusculäre, sondern auch das die rechte Niere umgebende Zellgewebe erwies sich vollständig eitrig infiltrirt. Nachdem Dr. Dombrowski den ganzen hier befindlichen Eiter entleert, bemerkte er an der Oberfläche der Niere selbst Fluctuation. Infolgedessen spaltete er die Capsel an der betreffenden Stelle, wobei sich sofort eine Menge Eiters entleerte. Es war also ein embolischer vereiterter Infarct der Niere selbst. Die Wunde wurde ausgespült, tamponirt und nach den allgemeinen Regeln der Antiseptik verbunden. Gegen Abend fiel die Temperatur auf 35,7°.

Am folgenden Morgen stieg die Temp. von neuem bis auf 38,5°. Darauf traten vom 22. bis zum 28. Dec. wiederum schroffe Temperaturschwankungen remittirenden Charakters ein; dieselben waren durch die Bildung noch eines Infarctes in den oberen Theilen der linken Lunge hervorgerufen worden. Vom 26. bis zum 28. Dec. sank die Temperatur im Verlaufe von 48 Stunden von 40,1° bis 36,2°; wobei anfänglich blutiger, später aber eiteriger Auswurf stattfand. Am 30. Dec. stieg die Temperatur noch einmal auf 38,4°; von da an aber blieb sie in den normalen Grenzen. Anfang Januar 1889 zeigte sich eine Vergrösserung der periostitischen Geschwulst am oberen Drittel der vorderen Fläche der Tibia, an derselben Stelle, wo sie Ende October 1888 bereits bemerkt worden war. Damals empfand ich starke rheumatische Schmerzen im ganzen linken Unterschenkel. Zu gleicher Zeit bildete sich noch eine der obengenannten gleiche Geschwulst an derselben Stelle, wo sie früher war, d. h. am unteren Ende der Fibula. Die obere Geschwulst ging sehr rasch in Eiterung über (ungeachtet energischer Quecksilbereinreibungen) und wurde nach drei Wochen vermittelst eines Schnittes (unter Cocain) geöffnet; aus der Tiefe der Wunde wurde ein Sequester der corticalen Schichte der Tibia entfernt. Am 5. März wurde unter Chloroformcocain die untere Geschwulst geöffnet, in der sich auch ein Sequester der Fibula unter dem vom Eiter abgelösten Periost befand. Beide Wunden heilten verhältnissmässig rasch, so dass ich Ende März endgiltig das Bett verlassen konnte.

Der durch die langwierige 7 monatliche Krankheit untergrabene Ernährungsprocess meines Organismus stellte sich nur sehr langsam wieder her, ungeachtet einer ausgezeichneten Kost und eines allen hygienischen Bedingungen entsprechenden Lebens. Infolge dieser Krankheit entwickelte sich bei mir eine hochgradige Anämie, welche eine (psychische) Neurasthenie zur Folge hatte (vollständige Apathie, Unentschlossenheit, trübe Ideen, die sogar in Verfolgungswahn übergingen).

Auf den Rath des Prof. Mierzejewski, welcher die Blutarmuth als Grund aller dieser Erscheinungen ansah, fuhr ich Anfang Mai 1889 nach Terijoki auf's Land, wo ich mich drei Monate einem Dolce-far-niente in frischer Luft hingab. Dazu hatte ich ausgezeichnete Kost, spazierte viel und badete mich im Meere.

Erst im Juni 1889 verheilte die Wunde am Rücken vollständig. Zu derselben Zeit bildete sich eine neue periostale Geschwulst an der unteren Epiphyse der linken Tibia, die eiterig wurde, im Mai dieses Jahres sich von selbst öffnete und nach der Heilung eine pigmentirte Narbe hinterliess. Der linke Unterschenkel wurde öfters ödematös. — Es bildete sich am linken Olecranon ulnae eine periostale Geschwulst. Bis jetzt stellen sich noch hin und wieder Krämpfe in den Bauchmuskeln der rechten Seite und Paraesthesien in der Gegend des Nervus ileo-hypogastricus und des ileo-inguinalis ein.

Die Ihnen vorgelegte Temperaturcurve weist selbst einen mit der Krankheitsgeschichte nicht bekannten Arzt auf die Diagnose «Pyämie» hin. Der Verlauf meiner Krankheit aber bestätigt die Richtigkeit der Diagnose (Septico-Pyämie). Das Interesse meines Falles besteht hauptsächlich darin, dass sich aus einer unbedeutenden Erkrankung (Panaritium) eine allgemeine Infection entwickelte, die sich nicht wie gewöhnlich längs den Lymphgefässen verbreitete, sondern direct auf dem Wege der Blutbahn Embolien in den Organen, wie: Lunge, Niere und Periost hervorbrachte. Diese Art von Pyämien sind, wie bekannt, ausserordentlich gefährlich und verlaufen gewöhnlich letal. Ich möchte noch auf einige interessante Puncte der soeben vorgetragenen Krankheitsgeschichte näher eingehen.

Besonders beachtenswerth ist der typische, auf dem Operationstische constatirte perinephritische Abscess, der eine umfangreiche Paranephritis suppurativa zur Folge hatte, insofern noch vor einigen Jahren Fischer[3]) dachte, dass die pyämischen Nierenabscesse, welche zuweilen eine beträchtliche Grösse erlangen, nicht zur Bildung einer Paranephritis führen.

Aus dem klinischen Verlaufe dieser Peri-paranephritis möchte ich noch aus eigener Erfahrung die dabei vorkommenden Schmerzen näher charakterisiren. Anfangs ist nur die forcirte Extension der dem Abscesse entsprechenden Unterextremität schmerzhaft; die Extensions- und Abductionsbewegungen des Oberschenkels rufen dumpfe Schmerzen, oder vielmehr das Gefühl einer Spannung von der Lumbalgegend aus, tief im Becken hervor, weshalb der Kranke weder gehen noch aufrecht stehen kann, beim Liegen aber den Oberschenkel permanent flectirt und adducirt zu halten sich gezwungen fühlt. Wenn der Abscess, wie in meinem Falle, keine Neigung hat sich längs dem Psoas zu senken, sondern durch die Lumbalmusculatur nach aussen durchbrechen will, so werden recht starke subphrenische Schmerzen im Hypochondrium und in der Lumbalgegend empfunden. Wenn aber der Eiter den M. quadratus lumborum perforirt und näher an die Hautdecken tritt, so ist der Kranke nicht mehr im Stande die Rückenlage lange Zeit zu behalten und liegt auf der kranken Seite, während die oben erwähnten Schmerzen bei Extension und Abduction des Oberschenkels an Heftigkeit bedeutend abnehmen. Dafür aber stellen sich die besonders charakteristischen und recht qualvollen krampfhaften Contractionen in den Bauchmuskeln und besonders im Rectus abd. der dem Abscess entsprechenden Seite ein. Diese Krämpfe treten periodisch mit recht kurzen Intervallen auf und während des Anfalles kann man deutlich den contrahirten M. rectus abdominis mit der Hand abtasten.

Die anatomische Erklärung sowohl dieser Krämpfe, als auch der scoliotischen Stellung des Körpers während dieser Krankheit und auch der nachfolgenden Innervationsstörungen, die bei solchen Kranken, wie ich, sich kundgeben — ist in der Reizung und nachfolgender Lähmung durch den Operationsschnitt und den Narbendruck der Nervi ileo-hypogastricus und ileo-inguinalis zu suchen. Wie bekannt, entstehen diese Nerven aus dem Plexus lumbalis, ziehen durch den M. psoas hinter der Niere, verlaufen weiter vor dem M. quadratus lumborum bis zum äusseren Rande desselben, gehen dann zwischen M. obliquus abd. int. und transversus und haben ihre Endverzweigungen in der Vagina musculi recti abdominis. Auf Grund dieser anatomischen Topographie sind alle oben erwähnten krampfhaften Schmerzen und Innervationsstörungen vollkommen erklärlich, weil sowohl die eitrige Infiltration, als auch der Lumbalschnitt bei der Paranephritisoperation, die beiden Nervi ileo-hyp. et ileo-ing. unbedingt reizen und verletzen müssen.

Wenn wir zum Schlusse noch einen Blick in die reiche Literatur der Pyohämie werfen und Gussenbauer's Monographie[4]) als die neueste Schrift ansehen, in welcher der moderne Stand der Lehre von der Septico-Pyohämie seinen letzten Ausdruck gefunden, so müssen wir wohl eingestehen, dass unsere Anti- und Aseptik die Prognose dieser Krankheit wenig gebessert haben. «Gewisse Formen der puerperalen Pyohämie», lesen wir bei Gussenbauer, «können wohl bei zweckentsprechender Behandlung ein relativ hohes Heilungsprocent aufweisen, während *die Heilung der acuten traumatischen Pyohämie nur als ein höchst seltener Ausgang* zu betrachten ist».

Wenn man aber meine Krankheit, dem heftigen von einer Menge von Schüttelfrösten begleiteten und über 100 Tage andauernden Fieber zuwider, als eine *chronische* Pyohämie betrachten wollte, so ist auch von diesem Standpuncte aus meine Genesung eine auffallende, da «auch in diesen Fällen (von chronischer Pyämie) die Prognose eine sehr ungünstige ist, wenn Metastasen in den *inneren* Organen vorliegen». Weiter heisst es bei Gussenbauer: «wenn mehr latente Metastasen vorhanden (die man nicht einer gründlichen Antiseptik unterziehen kann) so ist auch in diesen Fällen der Ausgang in den Tod die Regel».

Meine Genesung verdanke ich der kräftigen Constitution meines Organismus, — der vis medicatrix naturae, — den guten hygienischen und diätetischen Bedingungen, unter welchen meine Krankheit verlief, dem rechtzeitigen, energischen chirurgischen Eingriffe und der überhaupt rationell geführten Therapie und der sorgsamsten Pflege von Seiten aller meiner hochgeehrten Collegen und meiner lieben Gattin, welchen ich auch an dieser Stelle noch einmal meinen herzlichsten Dank auszudrücken mich verpflichtet fühle. Besonders aber bin ich der echt collegialen Hilfeleistungen der Doctoren K. L. Pawlow, X. P. Dombrowski und Th. A. Dobbert dankbar eingedenk.

Das ist, meine Herren, Alles, was ich Ihnen heute über meine Krankheit mittheilen wollte. Entschuldigen Sie mich gefälligst, wenn ich vielleicht durch mein «veterem renovare dolorem» zu lange Ihre Aufmerksamkeit in Anspruch genommen habe, da ich Sie überzeugen wollte, dass mein Aufkommen nur als glückliche Ausnahme aus der oben erwähnten traurigen Regel zu bezeichnen ist.

Referate.

Moritz Meyer: Ueber die Zertheilung von Geschwülsten durch percutane Galvanisation. (Berl. klin. Woch. № 30).

Im Jahre 1859 hat Verf. zuerst auf die Möglichkeit einer Zertheilung von Tumoren durch die Einwirkung des electrischen Stromes aufmerksam gemacht. Seitdem wurden von ihm und auch von anderen Autoren viele Fälle veröffentlicht, in welchen es gelang indurirte Lymphdrüsen, Bubonen, Prostataschwellung etc. durch percutane Galvanisation zum Schwinden zu bringen. In neuerer Zeit wendet Verf. zu diesem Zweck besondere, biegsame Electroden an, bestehend aus dünnen Bleiplatten, mittelst deren man bequem den betreffenden Körpertheil umwickeln kann (von Hirschmann zu beziehen). Mittelst dieser Electroden gelang es Meyer einen hypertrophischen Callus, welcher der chirurgischen Hilfe unzugänglich war und absolute Unfähigkeit einer Hand bedingte, in 37 Sitzungen zum Schwinden zu bringen. Ferner wandte Verf. mit ebenso gutem Erfolg seine Methode bei einem sehr renitenten Fall von Synovitis genu chronica an. Bei einem 79 jährigen Herrn, der seit 6—8 Jahren an gichtischen Ablagerungen in den Extensorenscheiden beider Hände litt, dessen Leiden durch den Gebrauch der Wiesbadener Quellen zwar gemildert, nicht aber gehoben werden konnte, erzielte Verf. in 27 Sitzungen vollständige Heilung. Verf. empfiehlt seine Methode auch zur Zertheilung der in Folge circumscripter Tendovaginitis entstehenden, an der Volarseite der Metacarpophalangealgelenke unbeweglich auf ihrer Unterlage aufsitzenden harten Körper, die eine starke Bewegungshemmung der Finger bedingen (sog. schnellende Finger). Zum Schluss bespricht Verf. zwei Fälle von stabilem Oedem im subcutanen Bindegewebe, welche durch Prurigo und durch eine Bartflechte bedingt waren; beide wurden durch die percutane Galvanisation geheilt.

Abelmann.

[3]) Fischer: Volkmann's Samml. klin. Vorträge № 253.

[4]) Prof. Dr. Carl Gussenbauer: Septhämie, Pyohämie und Pyosepthämie. Deutsche Chirurgie von Billroth und Luecke, Lief. 4, pag. 271—273. Stuttgart 1882.



Sternfeld: Ueber Bromaethyl und seine Verwendung in der ärztlichen Praxis. (Münch. med. Woch. № 14, 15).

Wie Verf. angiebt, hat das Bromaethyl, bereits 1827 oder 1829 von Serullas entdeckt, nur deshalb das Schicksal gehabt, mehrfach versucht und immer wieder verlassen zu werden, um erst in neuester Zeit festen Fuss in der Praxis zu fassen, weil früher vielfach ein ungenügend reines, mit giftig wirkenden Bromirungsproducten und Kohlenwasserstoffen vermengtes Präparat häufig unangenehme Zwischenfälle im Gefolge hatte. Jetzt hätte jeder Arzt die Möglichkeit, sich vollkommen reines Bromaethyl zu verschaffen und sogar dasselbe selbst auf seine Reinheit zu prüfen.

Das Präparat selbst, zweckmässiger Aether bromatus genannt, um mit Bromaethylen nicht verwechselt zu werden, stellt eine wasserhelle, völlig farblose, neutrale Flüssigkeit dar, die ohne Rückstand flüchtig ist. Der Zersetzbarkeit des Mittels ist vorzubeugen durch Zusatz von Alkohol (1‰) und sorgfältige Aufbewahrung unter Ausschluss von Luft und Licht. Die einfachsten Reactionen, welche die Reinheit und somit die Brauchbarkeit des Bromaethyls nachweisen, wären folgende: 1) Mit dem gleichen Volum Aqu. destill. geschüttelt, darf Bromaethyl keine saure Reaction und mit Silbernitrat keine Färbung geben (Bromwasserstoffsäure). 2) Lässt man einige Tropfen Bromäther in eine 3 Ctm. hohe Jodkalilösung einfallen, so dürfen sich die zu Boden fallenden Tropfen nicht violett färben. 3) Mit dem gleichen Volum H_2SO_4 geschüttelt, darf nach 24 Stunden keine Färbung auftreten (Aethylen und Amylverbindungen); bei Anwesenheit von Schwefelverbindungen entsteht gelbe Färbung.

Spec. Gew. 1,39 bei 15° C. und Siedepunct 39° C.

Als allgemeines Anaestheticum zeigt das Bromaethyl folgende Vortheile vor dem Chloroform: 1) Es ruft eine schnellere, aber weniger dauernde Anaesthesie hervor; 2) es wird besser ertragen als Chloroform und 3) wird es fast vollständig durch die Exspirationsluft aus dem Körper entfernt. Daher ist das Bromaethyl durchaus am Platz bei rasch zu beendenden chirurgischen Eingriffen[1]); ferner in der Geburtshilfe, wenn es darauf ankommt, eine sehr schnelle Wirkung zu erzielen. Gebraucht wurde es auch als krampf- und schmerzstillendes Mittel bei neuralgischen Zuständen der Kopf- und Gesichtsnerven. Mit dem Richardson'schen Zerstäuber applicirt wirkt es local anästhesirend. Als einfachsten und handlichsten Apparat zur Narkose betrachtet Verf. die Esmarch'sche Maske. Entgegen dem Rathe Vieler möchte er dem Gebrauch, eine möglichst grosse Quantität Bromaethyl auf einmal aufzugiessen und die Maske direct auf Mund und Nase aufzulegen, nicht beipflichten[2]).

Unter den Erscheinungen, welche fast immer den Beginn der Narkose anzeigen, sind vor Allen zu nennen: Leichte Röthe des Gesichts, hier und da selbst etwas Cyanose, Zucken der Augenlider, Injection der Conjunctiven, leichter Thränenfluss, geringe Pupillenerweiterung, mehr oder weniger hochgradige Steifigkeit der Muskulatur und mitunter sogar heftige Excitationserscheinungen (Potatoren).

Der Cornealreflex bleibt erhalten, der Muskeltonus erlischt selten vollkommen, weshalb ein Zurücksinken der Zunge fast ausgeschlossen ist[3]). Herz- und Gefässnervensystem sollen von dem Bromaethyl garnicht beeinflusst werden.

Verf. verfügt über 56 Fälle und hat zweimal Erbrechen und hochgradige Excitation beobachtet[4]).

Das Bromaethyl wirkt ähnlich dem Lustgase rasch und kurzdauernd, wobei auch die Erholung eine schnellere ist, als nach der Chloroformnarkose. Nausea und Erbrechen ist viel seltener als bei Chloroform und die Applicationsweise des Mittels ist eine denkbarst einfache.

Mobitz.

v. Budde (Kopenhagen): Versuche über die zweckmässigste Form der Luftableitung bei der Winterventilation bewohnter Räume. (Zeitschrift für Hygiene Bd. 8 Heft 3).

Thatsache ist es, dass obgleich die Kohlensäure schwerer ist als die atmosphärische Luft, sie sich doch an der Decke ansammelt, weil sie sowohl von Menschen als Kerzen etc. erwärmt und mit Wasserdampf gemischt specifisch leichter wird. In einem Theater ist die Luft im Parterre 2,6‰ und auf der Gallerie 3,2‰ CO_2-haltig gefunden worden. Daher wird so oft die Abzugsöffnung für verdorbene Luft oben an der Decke des Zimmers angebracht. Deny hatte nun nachgewiesen, dass diese verunreinigte warme Luft an der Decke in horizontaler Bewegung erhalten werde; sobald sie nun die kalten Seitenmauern (Aussenwand — Corridorwand) erreicht, werde sie verdichtet und sinke längs diesen Wänden herab. Er schlug nun vor, die Abzugsvorrichtungen für die verdorbene Luft unten längs der ganzen Aussenwand des Zimmers anzubringen, eine Hohlpaneele, die am Fussboden und zum Zimmer zu sehr dicht gefügt, oben nur mit einem Drahtnetz geschlossen sei. Aus diesem Paneelsammler geht dann die Luft in den Abzugsschornstein.

Budde hat nun diesen Vorschlag durch sehr genaue und einwurfsfreie Experimente geprüft und bestätigt durchaus das Zweckmässige dieser Anordnung. Die Paneelsammlerluft war immer reicher an CO_2, Wasserdampf und Tabaksrauch, als die Luft an der Decke oder sonst wo. Dabei erwies es sich, dass diese Methode auch die öconomischste ist, indem sie die vollständige Ausnutzung der im Zimmer producirten Wärme bedingt. Es sei nochmals hervorgehoben, dass das Alles sich nur auf Winterventilation bezieht, nur für geheizte Räume hat das Geltung. Durch die Heizung wird dem kräftig emporsteigenden warmen Luftstrome an der Decke gleich eine starke horizontale Bewegung mitgetheilt. Ohne Heizung steigt wohl auch von jedem Menschen, jeder Lampe, Kerze etc. ein an CO_2 und Wasserdampf reicher erwärmter Luftstrom senkrecht zur Decke, aber rings um solchen aufsteigenden Luftstrom entwickeln sich entsprechende niedergehende Strömungen; die energische Horizontalbewegung an der Decke fehlt. Und nur diese bringt die unreine Luft zur kühlen Aussenwand.

Bei diesen Experimenten hat B. noch andere sehr bemerkenswerthe Thatsachen constatirt. Die frühere Anschauung: „man sorge nur für energischen Abzug der verdorbenen Luft, die reine Ersatzluft finde schon ihre Wege" ist ja längst verworfen. Sie hat nur noch ihre Berechtigung für alleinstehende Gebäude auf dem Lande, wo Aussenluft und Grundluft nicht verunreinigt sind. B. kommt zum Resultat, dass die Zuführung der reinen Aussenluft durchaus grösser sein muss, die Luftbewegung in den Zuzugsröhren bequemer als in den Abzugsröhren. Sonst entsteht eine Luftverdünnung, ein Unterdruck im Zimmer, der zum geringsten Theil die Luft durch die Aussenmauern aspiriren wird (bei Windstille trotz Temperaturdifferenz von 30° C. zwischen Aussen- und Binnenluft nur 0,2 Liter in einer Stunde per 1 Quadratmeter einer 0,45 Meter dicken trockenen Ziegelmauer); zum grössten Theil wird Luft aspirirt durch die immer an Fugen reichen Zimmerdecken und Dielen, also aus über und unter dem Zimmer gelegenen Räumen (Zimmer- oder Grundluft). Diese kann an und für sich schon unrein sein, wird aber noch schlechter während der Passage durch das Material unserer Dielen (Schutt, Filz, allmälig sehr viel Staub und Schmutz), wo sich durch Gährungs- und Fäulnissprocesse immer Ammoniak, Salpetersäure und Kohlensäure bilden.

Masing.

G. A. Hansen: Ueber die Erblichkeit der Lepra. (Nordiskt Med. Ark. Bd. XXI, № 4).

Verf. hat im Jahre 1888 eine Reise nach Nordamerika gemacht, um unter den ausgewanderten leprösen Norwegern und ihren Nachkommen Studien über Lepra zu machen.

Von 156 leprösen Auswanderern in Wisconsin, Minnesotah und Dakotah, waren 1888 nur noch 14 am Leben.

Verf. hatte Gelegenheit die Nachkommen bis in's 3. Glied zu untersuchen und fand *nicht einen einzigen* Leprösen unter ihnen. Er schliesst daraus, dass die Krankheit nicht erblich sein könne.

Die Lepra verschwindet augenscheinlich unter den ausgewanderten Norwegern in Amerika. Verf. sieht die Ursache dafür in dem Umstande, dass die norwegischen Bauern in Amerika sich zu waschen lernen und rein zu halten, was sie in der Heimath nicht thun. Ihre Wohnungen sind geräumiger und jeder Lepröse, den Verf. Gelegenheit hatte zu besichtigen, verfügte über ein eigenes Zimmer und sein eigenes Bett, was er bei genügender Reinlichkeit für hinreichend zur Vermeidung der Ansteckung ansieht.

Buch (Willmanstrand).

E. Israel: Untersuchungen über die Möglichkeit, chemisch die tuberculöse Prädisposition zu beeinflussen. (Nordiskt Med. Arkiv Bd. XXI, № 24).

Verf. hat Controllversuche gemacht betreffs M. Bidder's Theorie, nach welcher die Disposition für Tuberculose zum Theil wenigstens von dem quantitativen Verhältniss zwischen Kali- und Natronsalzen im Organismus abhänge. Bidder stützt diese Theorie auf die Thatsache, dass die Asche und die Nahrung der prädisponirten Herbivoren im Allgemeinen reich an Kali- und arm an Natronsalzen sind, während die der unempfänglichen Carnivoren ein umgekehrtes Verhältniss darbieten, und er die Scrophulose und Tuberculose sehr häufig bei Familien und in Localen angetroffen hat, wo die Nahrung sehr reich an Kalisalzen war.

Verf. nährte Kaninchen als prädisponirte Thiere ausschliesslich mit natronreichen Stoffen, ausserdem erhielten sie täglich 8—10 Gr. Natronchlorür; weisse Ratten dagegen als unempfänglich wurden einer Kali-Diät unterworfen. Die tägliche Dosis von

---

[1]) 10—15 Minuten Dauer, wobei gewöhnlich 30,0 des Mittels verbraucht wird. Ref.

[2]) Ref. hält die allmälige Zuleitung des Mittels nicht für zweckmässig, denn einerseits wird durch diese Applicationsweise die Narkose unliebsam verzögert, andererseits scheint es, dass Convulsionen durch eine raschere Zufuhr vermieden werden.

[3]) Ref. hat zweimal ausgesprochenen Opisthotonus beobachtet und hält die Muskelspannung für ein ziemlich constantes Symptom, vermeidet daher das Bromaethyl in allen Fällen, welche einer Muskelerschlaffung benöthigt sind.

[4]) Ref., dessen Erfahrung sich wohl auf mehr als über 50 Fälle erstrecken mag, möchte behaupten, dass Erbrechen wohl häufiger aufzutreten pflegt.



[...]n resp. Kali betrug wenigstens 3 Gramm pro Kilogramm des [...]rgewichts. Nach mehr als sechsmonatlicher derartiger [...]rung und nachdem auch die in der Zeit geworfenen Jungen [...]elben Regime unterworfen waren, wurde dieser jüngeren [...]eration Tuberculose eingeimpft. Die Resultate waren durch[...] negativ; die Kaninchen gingen womöglich noch schneller zu [...]nde, als die in gewöhnlicher Weise gefütterten Controllthiere [...] die Ratten waren ebenso immun wie gewöhnlich.

Buch (Willmanstrand).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

C. Neubauer und J. Vogel: Anleitung zur qualitativen und quantitativen Analyse des Harnes. 9. umgearbeitete und vermehrte Auflage von Prof. Dr. H. Huppert (Prag) und Prof. Dr. L. Thomas (Freiburg). Mit 3 lithogr. Tafeln und 48 Holzschnitten. Wiesbaden 1890. C. W. Kreidel. Pr. 12 Mk.

Seit dem Erscheinen der 8. Auflage des bekannten Handbuches von Neubauer und Vogel sind bereits 9 Jahre vergangen; im Laufe dieser Zeit haben die Anschauungen über die im Organismus sich abspielenden chemischen Processe vielfache Veränderungen erfahren. Mit Rücksicht auf die letzten Errungenschaften der Wissenschaft erschien auch eine Neubearbeitung der Lehre vom Harn nothwendig, es musste der Inhalt vieler Abschnitte des Handbuches verändert und zahlreiche neue Capitel (gegen 30) hinzugefügt werden; auch die Zahl der Abbildungen ist um einige neue vermehrt worden. In seiner neuen Gestalt steht das Handbuch auf der Höhe der modernen Wissenschaft und übertrifft unzweifelhaft, in Bezug auf inhaltlichen Reichthum, die in letzter Zeit so zahlreich erschienenen ähnlichen Hand- und Lehrbücher. Der erste, speciell chemische Theil, von Prof. Huppert bearbeitet, behandelt die physiologisch-chemischen Thatsachen in sehr eingehender Weise und ist, abgesehen von seiner speciellen Bestimmung, Jedem, der sich für physiologische Chemie interessirt, als werthvolles Nachschlagebuch zu empfehlen. Der zweite Theil, die Semiotik des Harnes (Prof. Thomas), enthält sehr nützliche Rathschläge für den Kliniker und ist zugleich den Anforderungen des praktischen Arztes durchaus angepasst. Der Verleger hat es nicht fehlen lassen, das Buch in Bezug auf Druck und Illustrationen elegant auszustatten, was, mit Berücksichtigung des relativ geringen Preises, besonders anzuerkennen ist.

Natanson.

C. Neubauer: Systematischer Gang der qualitativen und quantitativen Analyse des Harnes. 9. Auflage, bearbeitet von Dr. E. Borgmann. Wiesbaden 1890. C. W. Kreidel.

Die bedeutenden Aenderungen im analytischen Theil der neuen Auflage des grossen Handbuches von Neubauer und Vogel haben Dr. E. Borgmann, vormals Assistenten des weil. Prof. Neubauer, veranlasst, auch das Capitel über den systematischen Gang der Harnanalyse umzuarbeiten; dasselbe ist gegenwärtig als besondere Broschüre herausgegeben. Das Büchlein soll zur Orientirung bei der Ausführung der Analysen dienen und verweist Verf. daher stets auf die betr. Abschnitte des Hauptwerkes. Die Borgmann'sche Broschüre ist ein sehr nützliches Supplement zum Handbuch von Huppert und Thomas.

Natanson.

G. Wolzendorff: Die Massage in ihrer Bedeutung für den praktischen Arzt. Hamburg 1890. Verlag von Gebrüder Lüdeking.

Verf. hat in der vorliegenden Arbeit die gestellte Aufgabe sehr gut gelöst und unserer Meinung nach wird der praktische Arzt beim Lesen derselben gerade die Anleitung finden, die ihm nöthig ist; zugleich wird er auch mit solchen Krankheitsprocessen bekannt gemacht, bei denen die Anwendung der Massage nicht rathsam ist. Zu bedauern ist der kleine, enge Druck der Schrift.

Grimm.

Protokoll der IV. Sitzung des zweiten livländischen Aerztetages.

Wenden, 28. August 1890, 5 Uhr Nachmittags.

1. Dr. A. v. Bergmann stellt einen Pat. vor, dem er vor $5^1/_2$ Jahren wegen Larynxcarcinom den ganzen Larynx exstirpirt hat. Der Mann trägt eine Canüle, kann sich mit tonloser Stimme verständlich machen. Kein Recidiv.

2. Dr. A. v. Bergmann spricht: **„Ueber Laryngotomie und Dilatation bei Larynxstenosen"**. (Der Vortrag ist in extenso in № 40 der St. Petersb. med. Wochenschrift erschienen).

3. Dr. Th. v. Schröder-St. Petersburg spricht: **„Ueber Ectropiumoperation mittelst Thiersch'scher Hauttransplantation"**. (Der Vortrag wird veröffentlicht werden).

Dr. Dahlfeld fragt, wie lange die Nähte, welche das Lid fixirten, gelegen haben und ob und wie lange das zweite Auge verbunden wurde. Ihm scheine das Verbinden des zweiten Auges unbedingt erforderlich.

Dr. v. Schröder: Die Fixationsnaht wurde am 5. Tage entfernt, zu welcher Zeit die Anheilung der transplantirten Lappen schon eine recht feste war. In der ersten Zeit wurden beide Augen verbunden, später nur das operirte.

Dr. A. v. Bergmann: Nach den Erfahrungen im allgem. Krankenhause zu Riga (30—40 Fälle) heilen die Transplantationen am besten, seitdem die Antiseptica fortgelassen werden und physiologische Kochsalzlösung verwandt wird. Für missglückte Transplantationen empfiehlt Ref. Lassar'sche Salicylpasta, deren keratoplastische Wirkung nicht zu unterschätzen ist.

Dr. Jaesche-Dorpat hat schon vor ca. 8—10 Jahren in der Zehender'schen Monatsschrift den Vorschlag gemacht, die blossgelegte innere Lidfläche bei der Jaesche-Arlt'schen Operation mit einem vom Oberarm genommenen, ganz dünnen Epidermisläppchen zu bedecken. Das Läppchen ist nach der Ablösung der Wundfläche entsprechend gut zuzuschneiden. Lässt sich die Wundfläche nicht mit einem Läppchen ganz decken, so muss man ein zweites nehmen, um prima intentio auf der ganzen Fläche zu erzielen und dem Eintritt von Eiterung vorzubeugen.

Auf eine Bemerkung Dr. Braudo's antwortet

Dr. v. Schröder, dass er von dem Gebrauch des Jodoforms bei den Transplantationen am Auge keinen Vortheil gesehen habe. Er spreche nur von der jetzt sogenannten Thiersch-schen Methode und möchte hier auf etwa früher in ähnlicher Weise ausgeübte Operationsmethoden nicht eingehen, da es zu weit führen würde.

Dr. Selenkow meint, dass eine Abspülung der Thiersch-schen Läppchen, sei es mit Sublimat-, Carbol- oder Kochsalzlösung, überhaupt nicht nöthig sei; Dombrowski, Fomin und er haben gerade die Erfahrung gemacht, dass das auf dem Rasirmesser gefaltet liegende Läppchen am besten direct durch Fixirung des Endes mit der Sondenspitze und Zurückziehen des Rasirmessers glatt und ohne Einkrempelung auf der Wundfläche ausgebreitet werde. Etwa an der unteren Fläche befindliche Blutströpfchen werden am besten durch Andrücken mit einem Schwamme zur Seite gedrängt.

Dr. v. Schröder: Es bleibt doch beim Schneiden des Lappens an demselben etwas Blut hängen, das zweckmässig durch einige Tropfen Borwasser entfernt werden kann.

Dr. Selenkow: Bei der Nachbehandlung scheint es doch sehr auf einen Schutz des Läppchens gegen Eintrocknen anzukommen, was am besten nach Angabe von Thiersch durch Protectivstreifen geschieht. Eine Jodoformpuderung erscheine unnütz, da doch keine Eiterung zu erwarten sei.

Dr. v. Engelhardt-Peterscapelle fragt, ob nicht das Trocknenlassen der Wundflächen an der Luft 10 Minuten lang eine Gefahr der Infection aus der Luft involvire. 1887 wurde in der Thiersch'schen Klinik sofort mit Kochsalzschwämmen die Blutung gestillt.

Dr. v. Schröder het bni zahlreichen Transplantationen am Lide daraach keine Eiteruug gesehen.

4. Dr. A. Lenz-Sesswegen spricht: **„Ueber Alkoholamblyopie"**. Es finden sich in der Literatur keine Angaben über die Dauer und die Masse des Alkoholmissbrauches, die zur Hervorrufung einer Alkoholamblyopie genügen. Vortr. beobachtete einen Fall, bei dem nach einem Jahre geringfügigen und seltenen Alkoholmissbrauches sich Folgendes constatiren liess: R.: Visus Finger in $1^1/_2$—2 Fuss, absolutes centrales Roth-Grünscotom, relatives Blauscotom. Peripherie des Gesichtsfeldes normal, temporale Abblassung der Papille. L.: + 0,75, Visus $^7/_{10}$. Ophthalmoskopischer Befund normal. Nach drei Wochen stellt Pat. sich wieder vor. Nach einem Excess in Baccho sei das Sehvermögen rapid gesunken. R.: V. Finger in 10 Zoll. Absolutes centrales Farbenscotom. L.: V. Finger in 4 Meter, absolutes centrales Rothscotom, relatives Blau-Grünscotom. Ophthalm. normal. Andere Störungen, speciell Syphilis, Diabetes, multiple Herdsclerose, liessen sich ausschliessen.

5. Dr. Dahlfeld-Riga spricht: **„Ueber die nichtoperative Behandlung des Schielens"**.

Vortr. betont die Wichtigkeit der Behandlung des Schielens mit Brillen und stereoskopischen Uebungen. In geeigneten Fällen lasse sich durch diese Behandlung Heilung des Schielens ohne Operation erzielen, aber auch da, wo operirt werden muss, sollten die orthoptischen Uebungen zur Vervollständigung und Sicherung der operativen Resultate nie unterlassen werden. Fälle, welche der orthoptischen Behandlung garnicht zugänglich sind, seien selten. Wenn die Methode bisher nicht die ihr gebührende Verbreitung gefunden, so liege dieses nicht nur an dem Zeitaufwand, welchen sie erfordere, sondern auch an dem Fehlen guter käuflicher Bilder und dem Mangel eines Stereoskops, welches allen Anforderungen der Praxis entspricht und dabei doch so billig ist, dass es von jedem Pat. angeschafft werden kann. Beiden Mängeln glaubt Vortr. nach Möglichkeit abgeholfen zu haben durch die Bilder und das Stereoskop, welche er hat anfertigen lassen. (Demonstration).

Dr. v. Schröder: Das von Dr. Dahlfeld demonstrirte Stereoskop zeigt einzelne Verbesserungen gegenüber den früheren und kann deshalb gewiss zur nichtoperativen Behandlung des Strabismus empfohlen werden. Leider ist das Gebiet dieser Behandlung in der Praxis ein recht eingeschränktes, da ausser den

von D. angeführten, dieselbe ausschliessenden Gründe, wie starke Anisometropie, schlechtes Sehvermögen eines Auges etc., auch noch recht viel Intelligenz, guter Wille und Geduld von den Patienten, resp. deren Eltern dabei verlangt wird, die leider selten vorhanden. Besonders ungünstig ist es, dass wir kein Criterium dafür haben, in welchen Fällen eine nichtoperative Behandlung zum Ziele, zur Beseitigung des Strabismus, führen kann. Dadurch kommt der Arzt in die schwierige Lage, probiren zu müssen und nach allen Bemühungen und Kosten seitens des Patienten oft das gewünschte Ziel nicht zu erreichen. Dieser Umstand schreckt von dieser Behandlungsmethode auch zurück. — Es wäre nützlich in jedem Falle von Strab. convergens erst vor, dann nach Atropingebrauch den Schielwinkel zu messen, um zu eruiren, ob der Strabismus ganz oder theilweise von der Accommodation abhängig ist. Dieser Theil des Strab. müsste sich durch friedliche Behandlung beseitigen lassen. — Nach der Strabismusoperation kann das D.'sche Stereoskop gewiss sehr gute Dienste leisten zur Wiederherstellung des binoculären Sehens und damit zur Fixirung des Effects und wird dazu gewiss noch häufiger Anwendung finden, als zu nichtoperativer Behandlung.

Dr. Dahlfeld giebt zu, dass sich nicht von Anfang an bestimmen lasse, ob man mit der friedlichen Behandlung zum Ziel kommen werde. Zu langes Probiren halte er für unnütz. Wenn sich nach ca. 6 Wochen nicht deutliche Besserung zeigt, so schreitet er zur Operation, um nach derselben die orthoptischen Uebungen wieder aufzunehmen. Zeigt sich aber bald Besserung bei der friedlichen Behandlung, so setzt er dieselbe consequent fort. Seine Resultate seien sehr zufriedenstellende gewesen.

6. Doc. Dr. Kessler-Dorpat hält einen Vortrag: **„Ueber des Ehemannes Veto gegen dringend indicirtes operatives Eingreifen bei seiner Frau“.** (Der Vortrag ist in extenso in № 45 der St. Petersb. med. Wochenschrift erschienen).

Dr. Joh. Meyer berichtet über einen Fall von Eclampsie, in welchem die Mutter unentbunden starb, weil der in Vorschlag gebrachte Kaiserschnitt vom Manne einfach abgewiesen wurde — obschon die Frau einwilligte. M. ist der Ansicht, dass man keine absolute Garantie für den Erfolg übernehmen kann. Es sei daher kaum denkbar, dass man *zwangsmässig* an Unmündigen, an Kreissenden oder sonst in Schmerzen liegenden und daher unzurechnungsfähigen Frauen oder an Kindern schwere Operationen ausführen darf. Es werde ein solches Gesetz sich kaum durchführen lassen.

Dr. Schulz-Riga kennt keinen Gesetzespunct, welcher das Veto des Mannes begründete.

Dr. Kessler: So viel ihm bekannt, seien gesetzliche Bestimmungen weder nach der einen, noch nach der anderen Seite hin vorhanden.

Prof. Dr. Küstner knüpft an den von Meyer referirten Fall von Eclampsie an. Er befand sich einmal in diesem Jahre in ähnlicher Lage. Eine eclamptische Kreissende wird in schwer soporösem Zustande in die Klinik gebracht, Cervix noch völlig uneröffnet, ganz schwache Wehen. Es treten bald die ersten Erscheinungen von Lungenödem auf und K. macht, da anders keine Aussichten auf Erhaltung der Kreissenden bestehen, um eine Zeit, wo die Herztöne der Kinder — es handelte sich um Zwillinge — noch hörbar waren, den Vorschlag auf Kaiserschnitt. Entschiedene Ablehnung des Ehemannes. Etwa 2 Stunden später wird dem Ehemanne die Hoffnungslosigkeit des Zustandes seiner Frau ersichtlich und jetzt wünscht er ausdrücklich die vorgeschlagene Operation. Unterdessen sind die Herztöne der Kinder ganz schlecht geworden, entsprechend auch der Zustand der Kreissenden.

Trotz der voraussichtlichen Aussichtslosigkeit sieht sich also K. gezwungen die Sectio caesarea zu machen. Resultat: 2 sterbende Kinder, die nicht wiederbelebt werden konnten, Tod der Mutter an Eclampsie nach etwa 8 Stunden.

Solche und ähnliche Fälle, welche die Unsicherheit des Erfolges einer eingreifenden Operation illustriren, erweisen die Berechtigung des Einspruches von Seiten des Ehemannes uud dürfen nicht zur gerichtlichen Verfolgung desselben als Substrat verwendet werden.

Dr. Joh. Meyer schlägt vor, die Frage nicht auf die Frauen allein zu beschränken, sondern auch auf die übrigen unmündigen Glieder der Gesellschaft auszudehnen und fordert auf, dass in dem Sinne auch von anderen Collegen Mittheilungen gemacht würden. Dann sei eine Discussion darüber fruchtbar, welche Schritte man ergreifen solle, um die Aufmerksamkeit der Regierung auf diese Fragen zu lenken.

Dr. Kessler kann die als Einwand geltend gemachte Berechtigung des Vaters, bei seinem diphtheritischen Kinde die Tracheotomie zu verweigern, nicht als ein dem hier in Rede stehenden analoges Verhältniss anerkennen, da eine erwachsene, mit vollem klarem Bewusstsein die Ausführung einer vom Arzt empfohlenen Operation ausdrücklich fordernde Frau bezüglich der Gestattung derselben nicht in derselben Abhängigkeit von ihrem Manne zu denken sei, wie ein schwer krankes Kind von seinem Vater. — K. bittet die Collegen, die Lösung der schwierigen rechtswissenschaftlichen Seite der Frage der bereits dafür interessirten juristischen Capacität zu überlassen, und behufs Beseitigung des besprochenen Nothstandes ihrerseits zunächst nur bei dem von den *Aerzten* zu leistenden Theil der Aufgabe: nämlich Beschaffung des Materials an Thatsachen in der besprochenen Weise behilflich zu sein.

Dr. Koppe: Man könne andererseits Fälle anführen, wo Amputation von den Chirurgen als lebensrettend vorgeschlagen, von den Angehörigen und den Pat. verweigert wurde, und wo Pat. dennoch am Leben blieben. Da der Arzt die Prognose seiner Operation nicht mit unfehlbarer Sicherheit stellen kann, so sei die Furcht des Publicums davor erklärlich. Der Arzt sollte sich bestreben, das Vertrauen des Publicums zu gewinnen, dabei könne die Polizei absolut nichts nützen.

Dr. Kusmanow wünscht, dass der Schutz der Staatsregierung den Aerzten auch für solche Fälle erbeten werden möge, wo zur Zeit der Unzurechnungsfähigkeit jedes beliebigen Pat. (Coma, Delirien im Fieber etc.) die lebensrettende Operation von Seiten der Verwandten und Angehörigen verweigert wird.

Dr. v. Zoege-Manteuffel: Es scheint vielleicht misslich, von einer Operation, die noch eine so zweifelhafte Prognose hat, wie der Kaiserschnitt und die Laparotomie Gesetze abzuleiten. Klarer liegt vielleicht die Situation bei heutzutage gefahrlosen Operationen, wie es die Herniotomie und Amputation sind. Gewiss ist es da unsere Sache, wie Dr. Koppe es ausführt, das Vertrauen des Publicums zu gewinnen. Doch liegt in den in Rede stehenden Fällen die Sache so, dass ein Dolus von Seiten des Mannes angenommen werden kann — da hilft das Vertrauen nichts. Das väterliche Recht ist ferner gewiss nicht gleichzusetzen der Bestimmung des Mannes über die Frau. Der letzteren Selbstbestimmungsrecht über ihr Leben erscheine Redner moralisch zweifellos — es handle sich also nur darum, den Juristen, der nur die Frage entscheiden könne, für dieselbe zu interessiren und ihn mit der Situation bekannt zu machen.

Dr. Eckardt-Wolmar hat mit Dr. Hildebrand zusammen folgenden Fall erlebt: Eine Frau seit 2 Mal 24 Stunden in voller Wehenthätigkeit, kann nicht gebären wegen Verschlusses (Verwachsung) des Os uteri — operativer Eingriff als unabweislich erforderlich, von ärztlicher Seite beschlossen; der Mann der Pat. verweigerte dazu seine Einwilligung. Trotzdem geschah der operative Eingriff und Mutter und gesund geborenes Kind befanden sich in ca. 2 Wochen vollkommen wohl — der Mann verklagte nun beide behandelnden Aerzte, wurde aber von der Behörde mit einem Verweise zurückgewiesen — es scheint somit das Veto des Mannes doch keine gesetzliche Kraft in den betreffenden Fällen zu haben.

Dr. M. Treymann führt einen Fall an, wo das Veto des Vaters die Oberschenkel-Amputation, die wegen Gangrän absolut indicirt war und an dem 14-jährigen Sohn vollzogen werden sollte, durch hartnäckigen Einspruch verhinderte. Er brachte den Knaben aus dem Krankenhause (Fabrikshospital in Kapitanowka, Gouv. Kiew) nach Hause, wo Pat. nach langem Leiden zu Grunde ging.

Dr. F. Schulz: Es könne die Hilfe des Staatsanwalts angerufen werden, der den Untersuchungsrichter requiriren könne. Gesetzlich sei ein Veto des Mannes nicht begründet.

Dr. Joh. Meyer: In der Praxis, namentlich auf dem Lande, sei der Vorschlag von Schulz schwer durchzuführen.

Auch Dr. Hach hält diesen Weg für zu weit. Die Fälle seien zu unterscheiden, je nachdem sie in der Privatpraxis oder in der Klinik vorliegen. Erstere Frage offen lassend, zweifelt H. nicht daran, dass bei Lebensgefahr wir, selbst wenn das Veto des Mannes strict vorliegt, beim Einverstandensein der Frau, oder gar wenn ihre Bitte vorliegt, das vollkommene Recht, ja die Pflicht haben, eine nach dem Ausspruch in genügender Zahl hinzugezogener Collegen lebensrettende Operation, Kaiserschnitt oder überhaupt eine Laparotomie vorzunehmen. Gefahr vom Gericht wegen unnützen Operirens schuldig gesprochen zu werden, liegt nicht vor. Nach Referat des „Wratsch“ machte ein College, der nur mit seinem Discipel im Zimmer der Kreissenden anwesend war, trotz Veto von Frau und Mann, den Kaiserschnitt. Die Frau ging zu Grunde. Der Mann verklagte den Arzt, er wurde freigesprochen, da das Gericht die Indication für richtig hielt.

Dr. Truhart: Bei der Vielgestaltigkeit der einschlägigen Momente dürften theoretische Erörterungen wohl schwerlich zu einer sicheren Directive für das Handeln des Arztes im Einzelfalle führen; in praxi bleibt ihm, wie so oft in seinem Berufsleben, nichts anderes übrig, als bei einer derartigen Complication von Pflichten einfach den gordischen Knoten zu durchhauen, trotz aller Hindernisse das Leben von Mutter und Kind zu retten, seine Handlungsweise aber der Beurtheilung des Publicums, event. aber auch der Verurtheilung des Richters anheimzugeben. Dem Manne könne nur dann das Recht des Veto eingeräumt werden, wenn die Frau durch den Krankheitsprocess ihrer Selbstbestimmung beraubt ist, denn soviel ihm bekannt, sei gesetzlich nach dieser Richtung hin dem Gatten keineswegs eine derartige Bevormundung gestattet.

Sollte aber thatsächlich trotz des dringenden Wunsches von Seiten der Frau dem operativen Eingriff des Arztes, welcher, wie angeführt worden, zweifellos das Leben jener gerettet hätte, unüberwindliche Hindernisse in den Weg gelegt werden, das Veto des Gatten überdies, wie gleichfalls hervorgehoben, im concreten Falle den niedrigsten Motiven entsprungen sein, mithin sich der

Dolus des Mannes nachweisen lasse, so liege dem Arzt die Pflicht ob, den Gatten zur gerichtlichen Verantwortung zu ziehen. Und schon von diesem Gesichtspuncte aus erscheine es überaus wünschenswerth, dass über derartige Fälle in der Praxis der Aerzte eine genaue Statistik geführt werde.

Prof. Dr. Thoma: Bei der Beurtheilung der vorliegenden Fragen erheben sich, wie die eben stattgefundene Discussion erweist, zahlreiche schwierige juristische Fragen, umsomehr, als dem Ehemann, der den Arzt in das Haus rief, nicht leicht ein Dolus zugeschoben werden kann, wenn er den Wünschen des Arztes bezüglich einer Operation nicht zustimmt.

Eine endgiltige Beurtheilung der Sachlage, soweit sie vom ärztlichen Standpuncte aus möglich ist, dürfte aber zunächst es wünschenswerth erscheinen lassen, die von Dr. Kessler angeregte Erhebung vorzunehmen. Herr K. wäre dann in der Lage auf dem nächsten Aerztetage zu berichten und damit die Vorarbeit zu schaffen für eine später zu erwählende Commission behufs Beprüfung der Angelegenheit.

Auf Antrag des Präses Dr. Truhart beschliesst hierauf die Versammlung Dr. K. nach Möglichkeit durch Einsendung casuistischer Beiträge zu unterstützen.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 18. September 1890.

1) Zum Protokoll der vorigen Sitzung bemerkt Dr. Blessig, dass in der Augenheilanstalt die Anwendung des *Pyoktanins* (und *Auramins*) nach vielfachen Versuchen wieder aufgegeben worden ist, weil von demselben keinerlei günstige Wirkung gesehen wurde; bei allen Augenkrankheiten, gegen welche es angewandt wurde (eitrige Conjunctivitis, Keratitis, Dacryocystitis etc.), erwies es sich so wenig wirksam, dass in allen ernsteren Fällen zu den bisher gebräuchlichen und schon bewährten Mitteln zurückgegriffen werden musste; die Versuche wurden sowohl mit Stiften (besonders bei Hornhautgeschwüren) als auch mit Streupulver, Tropfen (1:1000) und schwächeren Lösungen angestellt. Ebenso ungünstige Resultate werden neuerdings auch von einigen deutschen Augenkliniken mitgetheilt. Dr. de la Croix hat bei Anwendung des *reinen* Pyoktanin's als Streupulver (*ohne* Constituens) auf Unterschenkelgeschwüren gute Erfolge gehabt; es bildete sich ein trockener Schorf, die Eiterung wurde bedeutend geringer, kleine Geschwüre heilten oft unter dem ersten Verbande. Dr. Sewerin konnte gleichfalls eine trocknende, die Eiterung hemmende Wirkung des Pyoktanins constatiren; scrophulöse Geschwüre, welche mit dem Stift ausgerieben wurden, zeigten alsbald geringere Absonderung und gute Granulationen; besondere Vorzüge vor anderen Mitteln, besonders dem Jodoform, scheint das Pyoktanin nicht zu haben. Dr. Petersen kann seine in der vorigen Sitzung mitgetheilten Erfahrungen über die vorzügliche Wirkung des Pyoktanins, besonders bei Ulcus molle, nunmehr auf Grund sehr zahlreicher, im Laufe des Sommers damit behandelter Fälle bestätigen; er hat daher aus seiner Hospitalabtheilung das Jodoform ganz verbannt. Dr. Selenkow hat sich nicht davon überzeugen können, dass das Pyoktanin auf Wundflächen besonders schnell diffundire; bei Ulcus molle hat er es vielfach angewandt, aber entschieden schlechtere Resultate damit gehabt, als mit dem Jodoform, und daher wieder zu letzterem gegriffen; bei Gonorrhoe traten nach Injectionen von Lösungen (1:2000) sehr heftige Reizerscheinungen auf; S. hat das Pyoktanin jetzt ganz verlassen. Prof. Tiling wandte es nur bei schon eiternden Wunden an (nach Trepanation des Proc. mastoid., zu Spülungen der Pleurahöhle nach Empyem-Operation etc.) und beobachtete dabei häufig, dass das Secret übelriechend wurde; sobald das Pyoktanin durch andere Antiseptica ersetzt wurde, schwand der üble Geruch wieder. Dr. Anders machte die gleiche Erfahrung an Unterschenkelgeschwüren, weiss auch durch mündliche Mittheilung von einem Falle, in welchem nach Empyemoperation das Secret unter Pyoktaninbehandlung gleichfalls übelriechend wurde. Dr. Mobitz hat nach zahlreichen, bei verschiedenen eitrigen Processen angestellten Versuchen, das Pyoktanin nunmehr ganz aufgegeben. Desgleichen hat auch Dr. Neumann irgend welche Vorzüge des genannten Mittels vor anderen Antisepticis nicht finden können. Als Beleg für die hohe Diffusions- und Resorptionsfähigkeit des Pyoktanins führt Dr. Sewerin einen Fall an, in welchem bei einem Knaben, dem das Mittel auf eine Brandwunde applicirt worden war, eine allgemeine Gelbfärbung der Haut, besonders an der Innenseite der Arme und Beine auftrat.

2) Dr. v. Schröder hält einen Vortrag über *„drei Fälle von primärer, einseitiger, intracranieller traumatischer Abducenslähmung“* (der Vortrag ist zur Veröffentlichung bestimmt). Dr. Moritz erwähnt im Anschlusse hieran eines später auch von v. Bergmann als geheilte Basisfractur anerkannten Falles, der mit Lähmung des Abducens, Facialis und Acusticus der einen Seite einherging.

3) Dr. Westphalen spricht *„über Kopfschmerzen bei gastrischen Störungen“* (der Vortrag ist zur Veröffentlichung bestimmt). Cfr. Moritz: *„Gastrisches Infectionsfieber mit Exanthem und rheumatoiden Schmerzen“*, St. Petersb. med. W. № 16, 1890 und *„Ueber gastrische Fieberursachen“* (Vortrag, geh. auf dem X. internat. med. Congr. in Berlin 1890).

Dr. Kernig bemerkt hierzu, dass die Abhängigkeit mancher Kopfschmerzen von Verdauungsstörungen längst bekannt sei, weshalb die meisten derartigen Fälle auch in der Regel zuerst vom Magen aus behandelt werden; die Magentherapie leistet hier oft mehr als alle symptomatischen Mittel (Antipyrin etc.); K. hat den Zusammenhang zwischen Verdauungsstörung und Migräne oft an sich selbst erfahren. Ob aber in solchen Fällen die Kopfschmerzen durch Resorption toxisch wirkender Substanzen hervorgerufen werden, oder ob hierbei noch andere Factoren mitspielen, bleibt noch unentschieden. Oft verschwinden die Kopfschmerzen, die sogleich nach der Mahlzeit auftreten, in dem Augenblicke, wo der Mageninhalt durch den Pylorus in den Darm übertritt; in anderen Fällen stellen sich dieselben erst viel später, etwa 12 Stunden nach einer reichlichen Mahlzeit ein und schwinden erst, nachdem die so lange im Magen verbliebenen Speisen erbrochen worden sind. Was den Gebrauch der Salzsäure anlangt, den W. an der Hand seiner Fälle befürwortet, so weist K. darauf hin, dass ebenso oft auch die Darreichung von Alkalien zum Ziele führt, so z. B. bei dem nur zu bekannten Kopfschmerz nach Alkoholmissbrauch; die Auflösung der die Magenschleimhaut überziehenden Schleimschicht durch die Alkalien mag von Bedeutung sein. Auf die von Dr. Moritz veröffentlichten Fälle Bezug nehmend, theilt K. ferner in Kürze einen zur Veröffentlichung bestimmten, im weibl. Obuchow-Hospital von ihm gemeinsam mit Dr. Wygodski beobachteten Fall mit, in welchem ein remittirendes Fieber mit Erythema nodosum der Extremitäten, des Rumpfes und Gesichtes eine auf syphilitischer Grundlage sich entwickelnde acute Endocarditis begleitete. Das Erythem wurde am 8. Tage nach der Aufnahme der Pat., die gravid war, constatirt; am 5. Tage nach der Aufnahme, also 3 Tage vor Auftreten der Erythemknoten, trat ein Herzgeräusch auf, welches im Vereine mit einer Accentuation des 2. Pulmonaltones und einer Vergrösserung der Herzdämpfung nach rechts und links bald eine acute Endocarditis diagnosticiren liess. Der Verlauf erstreckte sich über viele Wochen, Fieber und Erythem traten mit regelmässigen Remissionen auf; nachdem Pat. niedergekommen war, dauerte derselbe Zustand auch im Puerperium an. Salzsäure (℈ij pro die), Chinin, Natr. salicyl. blieben ohne Erfolg; erst nach Darreichung von Kali jodatum trat Heilung ein. Hier war das Erythem also durch die Endocarditis bedingt und musste dasselbe auf capilläre Embolien der Hautgefässe bezogen werden. Ob und wieweit eine solche Erklärungsweise auch auf andere Fälle von räthselhaften, mit Fieber einhergehenden Erythemen anwendbar ist, bleibt fraglich; wichtig aber ist der Umstand, dass hier das Erythem eintrat, nachdem die Endocarditis manifest geworden war.

Dr. Westphalen findet, dass in der Literatur der ätiologische Zusammenhang der Migräne und anderer Formen des Kopfschmerzes mit Magenstörungen nicht besonders betont wird, weshalb ihm Fälle, wie die soeben von ihm mitgetheilten, der Beachtung durchaus werth scheinen. Die physiologische und therapeutische Bedeutung der Salzsäure beruht hauptsächlich darauf, dass sie ein energisches Magen-Antisepticum ist und also mycotische Processe im Magen hemmt; die verdauende Wirkung der HCl spielt demgegenüber eine untergeordnete Rolle. Die Alkalien mögen allenfalls durch Bindung der Gährungssäuren günstig wirken. Für die Fälle, in welchen der Kopfschmerz erst 12 Stunden nach der Mahlzeit auftritt, glaubt W. nicht annehmen zu dürfen, dass die Ingesta solange im Magen verbleiben. Für das Erythem können sehr verschiedene Ursachen vorhanden sein: das eine Mal allgemeine Infection (Rheumatismus acutus, Endocarditis, Osteomyelitis, Pyämie), das andere Mal wohl auch Resorption toxischer Substanzen vom Magen aus.

Dr. Moritz will durch seine oben citirten Abhandlungen nur dargethan haben, dass es thatsächlich Fälle von Erythem giebt, welche auf gastrische Störungen zurückzuführen sind; natürlich sollen damit nicht alle anderen Ursachen eines Erythems überhaupt geleugnet werden; was für die von M. beschriebenen Fälle gilt, soll nicht verallgemeinert werden, sondern eben nur eine bestimmte Gruppe von Erythemen in ätiologischer Hinsicht aufklären.

Secretär: Dr. E. Blessig.

Aus Berliner Briefen

über das Koch'sche Heilverfahren.

Aus den bei Dr. Kernig eingelaufenen Berichten des in den ersten Tagen des November-Monats vom Obuchow-Hospital nach Berlin abcommandirten Herrn Dr. B. Kallmeyer möchten wir unseren Lesern einige interessante Thatsachen mittheilen.

Im ersten Schreiben berichtet Dr. Kallmeyer über persönliche Eindrücke, hervorgerufen durch die zur Zeit in Berlin herrschende fieberhafte Aufregung; die Jagd nach der Lymphe, wobei alle nur denkbaren Mittel und Protectionen zur Erlangung derselben angewandt werden, soll eine grossartige sein.

Ferner folgen Berichte über Vorträge, die das Koch'sche Heilverfahren behandeln, die wir aber hier unerwähnt lassen wollen, weil sie schon in der Deutschen Med. Wochenschrift er-

schienen und in der vorigen Nummer der St. Petersb. Med. Wochenschrift referirt worden sind. Nur Einzelnes möchten wir hervorheben.

In der Sitzung des Charitévereines am 8./20. Nov. wurden von Prof. Fräntzel mündliche Mittheilungen mit Krankendemonstration gemacht, wobei er bedauert, dass die Veröffentlichung des Heilverfahrens ein wenig zu früh stattgefunden habe; er hält das Mittel für absolut specifisch, wie etwa Chinin gegen Malaria, und von grosser Bedeutung für die Differentialdiagnose. Bei der Behandlung sei die tägliche Untersuchung der Sputa auf Tuberkelbacillen durchaus nothwendig und seien die letzteren nach den Gaffky'schen Tabellen zu zählen. Nach Beendigung der Cur müssen einige Controllinjectionen gemacht werden, da ein Recidiv ausbrechen könnte. Wodurch das Fieber post injectionem bedingt ist, ist noch nicht aufgeklärt.

Die wohl schon bekannte Gaffky'sche Tabelle lautet folgendermaassen:

Tuberkelbacillen im Sputum:

№ 1 = im ganzen Präparat finden sich 1—4 Bacillen
№ 2 = durchschnittlich auf mehrere Gesichtsfelder 1 Bacille
№ 3 = „ in jedem Gesichtsfelde ca. 1 „
№ 4 = in jedem Gesichtsfelde 2—3 Bacillen
№ 5 = „ „ „ 4—6 „
№ 6 = „ „ „ 7—12 „
№ 7 = „ „ „ ziemlich viele Bacillen
№ 8 = „ „ „ zahlreiche Bacillen
№ 9 = „ „ „ sehr zahlreiche Bacillen
№ 10 = „ „ „ enorme Mengen „

Im Krankenbogen verzeichnet man z. B.: *T. B. № 7.*

Diese Zählungen sollen aber nur einen approximativen und relativen Werth haben.

In derselben Sitzung demonstrirte Dr. Köhler chirurgisch-tuberculöse Kranke. Der Schüttelfrost nach den Injectionen sei nicht so unangenehm, wie solcher bei anderen Krankheiten. Zuweilen tritt ein scharlach- oder auch anderartiges Exanthem auf, vornehmlich auf dem Halse und auf der Brust, aber auch an den oberen Extremitäten; alle diese Exantheme schuppen; häufig soll auch ein mässiger Icterus beobachtet worden sein, ohne Gallenfarbstoff im Urin. Dr. Köhler versucht die Frage zu beantworten, was aus dem tuberculösen Gewebe nach den Injectionen werde, und giebt folgende Möglichkeiten an:

I. Das tuberculöse Gewebe wird resorbirt.

II. Das tuberculöse Gewebe wird eingekapselt (was zu Recidiven Veranlassung geben kann).

III. Die Bacillen sterben ab in den eingekapselten Herden und werden durch später von Zeit zu Zeit vorgenommene wiederholte Injectionen vollends unschädlich gemacht — ideale Heilung.

IV. Chirurgische Entfernung der Herde.

Als Maximaldosis am Schluss der Behandlung giebt Fräntzel 0,1! der Koch'schen Lymphe an. Wenn Hämoptoe vorhanden ist, so wartet man mit der Injection, bis einige Tage nach der Hämoptoe vergangen sind (Fräntzel).

Als Nebenwirkungen nach den Injectionen werden ausser den oben erwähnten Exanthemen noch schwere nervöse Erscheinungen und klonische Krämpfe angegeben, ferner Bewusstlosigkeit, bis zu 20-stündiger Dauer, Delirien, Tenesmen, Durchfälle (Bergmann), Conjunctivitis bulbi et palpebrarum mit pericornealer Injection. Absolute Heilungen hat noch kein Beobachter constatiren können.

Den ferneren Berichten entnehmen wir die uns im Augenblick interessirenden praktischen Angaben. — In der Senator'schen Poliklinik ist man von der Koch'schen Spritze abgekommen, weil sie zu umständlich (und nebenbei bemerkt, sehr theuer ist, 7,50 Mark); es wird die gewöhnliche Pravaz'sche Spritze mit etwas längerer Nadel gebraucht.

Injicirt wird in den Interscapularraum und zwar nach Fräntzel nach innen vom unteren Angulus scapulae, weil dort die Injection weniger schmerzhaft sein soll. — Merkwürdigerweise soll nirgends der Injection eine locale Desinfection vorausgeschickt werden; es sei möglich, dass die manchmal auftretenden localen Reizerscheinungen auf Mangel an Sauberkeit im antiseptischen Sinne zu beziehen wären. Die Spritze wird nach jedesmaliger Injection mit Alkohol ausgespritzt, wobei der verdunstende Alkohol die Spritze sterilisirt. Ein Glühen der Nadel scheint nicht nöthig und nicht üblich zu sein, ebenso ist ein Kochen der Flüssigkeit bei Anwendung von $^1/_2$% Carbollösung niemals nöthig. Das Eingehen mit der, mit Alkohol abgeriebenen Canüle in die Mutterflüssigkeit scheint ohne Folgen für diese zu sein.

Was nun die Technik des Koch'schen Heilverfahrens anlangt, so kann sie in den für diesen Zweck eingerichteten Cursen, die von einem älteren Assistenten von Fräntzel geleitet werden, erlernt werden.

Die Vorbereitungen für die Verdünnung der primitiven Koch-schen Flüssigkeit bestehen im Folgenden:

1) Eine $^1/_2$% wässerige Carbollösung muss vorräthig sein;
2) ebenso 2—4 mittelgrosse Reagensgläser;
3) ein Wasserglas, mit Watte auf dem Boden (zum Hineinstellen der Reagensgläser);
4) Alkohol. absol.;
5) Spirituslampe;
6) Koch'sche Spritze mit Alkohol absolut. ausgespritzt.

Die leeren Reagensgläser werden mit Wattebäuschen tüchtig zugepfropft und dann wird die Sterilisation vorgenommen. Hierzu fasst man das Reagensglas zwischen 2 Finger oben und erwärmt den unteren Theil über der Spiritusflamme ziemlich stark (d. h. man durchglüht), dann allmälig aufsteigend, soweit die Finger dies gestatten, auch die höher liegenden Theile. Darauf fasst man mit einem Tuche den basalen Theil des Gläschens und erwärmt in gleicher Weise den oberen zugepfropften Theil, wobei man riskirt, dass die zum Theil das Gläschen überragende Watte anbrennt, oder dass die inwendig befindliche Watte sich bräunt, was beides nichts schadet. In dieser Weise behandelt, sind die Gläser steril und werden in's Wasserglas gestellt. Darauf wird die Verdünnung der primitiven Koch'schen Flüssigkeit vorgenommen, wobei zu empfehlen ist sowohl die Verdünnung, als auch die Injection mit ein und derselben Spritze vorzunehmen, da die letzteren durchaus nicht immer genau graduirt sind, und man nur auf diese Weise eine richtige Dosirung erzielen kann. Man saugt also vorsichtig und langsam 0,5 der Koch'schen Flüssigkeit in die Spritze auf, öffnet rasch eines der Reagensgläschen, was am besten von einem anderen geschieht, entleert darin den Inhalt der Spritze, worauf sowohl die Koch'sche Flüssigkeit, als auch das Reagensglas wieder rasch zugekorkt werden müssen.

Jetzt fügt man in derselben Weise zu den 0,5 Grm. noch 4,5 Grm. $^1/_2$% Carbollösung, d. h. $4^1/_2$ ganze Spritzen à 1,0 Grm., und verschliesst wieder rasch das Reagensglas. Man gewinnt somit eine Verdünnung,

wo in 5,0 der Spritze = 0,5 der K.'schen Fl. enthalten ist,
also in 10,0 „ „ = 1,0 „ „ = 10% Lösung.

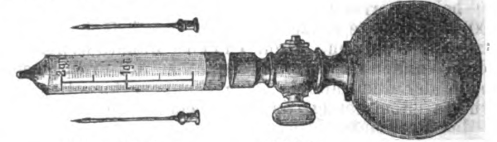
Eine volle 1,0 Spritze von dieser Lösung enthält also 0,1 der Koch'schen Lymphe. Da die Koch'sche Flüssigkeit sich mit Carbolwasser schlecht mischt, so muss das Reagensgläschen etwa 5 Mal im ruhigen Tempo umgedreht werden (wie beim Essbach'schen Albuminometer), wobei der die Oeffnung des Glases zuhaltende Daumen vordem mit Alkohol ordentlich abgerieben und dann getrocknet werden muss.

Soll eine schwächere Lösung präparirt werden, so werden 0,5 der vorigen 10% Lösung, welche also 0,05 enthalten, in oben erwähnter Weise in einem anderen, sterilisirten Reagensglase ebenfalls mit 4,5 $^1/_2$% Carbolwasser vermischt. Man erhält also:

in 5,0 Mischflüssigkeit . . = 0,05 Koch'sche Flüssigkeit,
also in 1,0 (ganze Spritze) = 0,01 „ „
in 1 Theilstrich . . . . . = 0,001 (ein Mgrm.) „

Die Technik der Handhabung der Koch'schen Spritze besteht kurz in Folgendem: Während des Mischens der Flüssigkeit steckt man die Nadel auf, öffnet den Hahn, fasst den Hals des Gummiballons zwischen dem 2.—3. Finger, setzt den Daumen derselben Hand auf das kleine Loch des Ballons und treibt die Luft heraus. Jetzt versenkt man die Nadel in die betreffende Flüssigkeit, hält den Daumen zwar noch unverändert, aber giebt leicht nach. Hat sich das gewünschte Quantum eingesogen, so schliesst man den Hahn, damit nicht ein Tropfen abfliessen kann; vor der Injection wird der Hahn wieder geöffnet und nun drückt man mit dem Daumen leicht auf die Oeffnung des Ballons.

Will man grössere Quantitäten abmessen, so zieht man den Glascylinder ab und füllt ihn von seiner Ballonseite direct aus einem Reagensgläschen.



Glascylinder Hahn Ballon

Die Farbe der primären Koch'schen Flüssigkeit soll etwa der des Jamaica-Rums gleichkommen, die erste Verdünnung sieht wie Ascitesflüssigkeit oder Serum aus, während die zweite hell, nur etwas gelblich ist.

Alle Lösungen sollen vollständig klar sein. Ein aufgemachtes Fläschchen der primitiven Flüssigkeit soll sich nicht sobald verändern, dagegen giebt Levy an, dass die mit $^1/_2$% Carbollösung vermischte Lymphe sich nur 24 Stunden brauchbar erhält.

Pendin.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Gegen die *Enuresis nocturna* und *diurna* empfiehlt W. P. Watson das Atropin: Atropini sulf. 0,06, Aq. destillat. 30,0. Von dieser Lösung wird je ein Tropfen für jedes Altersjahr des Kindes um 4 und 7 Uhr Abends gegeben.

— Créquy (Rev. génér. de clin. № 20) giebt mit grossem Erfolge gegen Bandwurm dem Pat., nachdem er Tags vorher nur eine Tasse Milch getrunken, 16 Kapseln, deren jede 8 Gran Extr. Filicis mar. aether. und 1 Gran Calomel enthält, alle 5 Minuten zu 1 Kapsel; der Wurm soll fast unmittelbar darnach abgehen; wenn nicht, so werden 2 Stunden nach der letzten Kapsel 30,0 Syrup. aether. gegeben, hilft dieser nicht, so thut es Ol. Ricini (40,0).

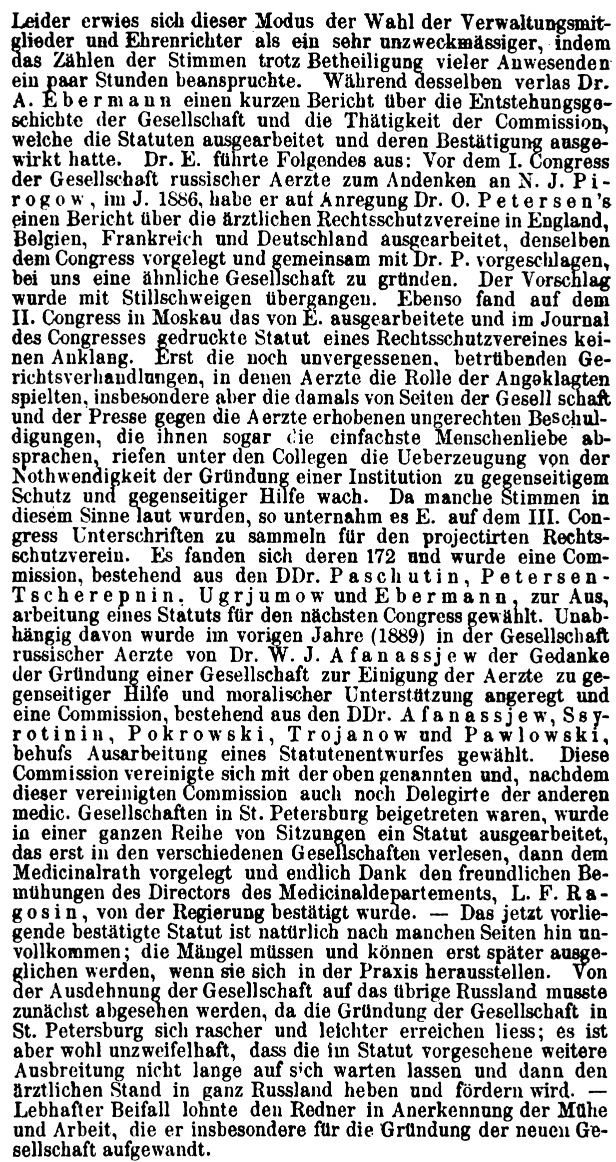
— Stewart (Lancet, June 4) führt die günstige Wirkung des Olivenöls bei Gallensteinen darauf zurück, dass das im Duodenum in Fettsäuren und Glycerin gespaltene Oel durch letzteres eine reflectorische Contraction der Gallenblase, der Duct. cystic. und choledoch. und damit einen reichlicheren Abfluss von verdünnter Galle hervorrufe und dass dazu der pankreatische Saft durchaus nöthig sei; ein Misserfolg dieser Behandlung sei möglicherweise durch die oft gleichzeitig mit dem Oele angewandte Belladonna oder Atropin, welche die Absonderung des Succus pancreaticus herabsetzen, bedingt. (Occident. med. Times IX).

Geheimrath Wilhelm von Etlinger †.

Der am 8. November verstorbene Geheimrath, Leibaccoucheur des Allerhöchsten Hofes, Mitglied des Medicinalrathes Dr. Wilhelm von Etlinger war am 15. März 1819 als 2-ter Sohn des verstorbenen Rittergutsbesitzers und österreichischen Edelmannes (aus der Provinz Steiermark stammend) Nicolaus von Etlinger im Kiew'schen Gouvernement geboren und besuchte das Richelieusche Gymnasium zu Odessa, welches er im Sommer 1836 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Im Winter-Semester 1836/37 wurde er bei der königl. Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin als Stud. medicinae immatriculirt, welcher Universität er bis zum Herbst 1840 angehörte. Das Winter-Semester 1840—41 und Sommer-Semester 1841 verbrachte er im elterlichen Hause und bezog dann die rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn, wo er sich zu dem dortigen Corps der Preussen hielt, welchem er auch im späteren Leben warme Sympathien bewahrte. Im Jahre 1842 bestand er das Facultätsexamen, worauf er Assistent an der geburtshiflich-gynäkologischen Universitätsklinik des Prof. Dr. F. H. Kilian wurde. Diesen Posten bekleidete er bis zum Jahre 1844 und wurde nach der Vertheidigung seiner Dissertation: „Observationes obstetriciae per tredecim menses in clinico Bonnensi institutae, adjectis adnotationibus epicriticis" (mit 3 pathologisch-anatomischen Zeichnungen) zum Doctor medicinae promovirt. Nach seiner Promotion besuchte er noch die Kliniken der Universitäten Wien, Prag und Würzburg und kehrte im Herbst 1844 nach Russland zurück, um seine Examina in Dorpat zu absolviren. In Dorpat verblieb er ungefähr 3 Monate und erhielt nach cum laude bestandenem Examen den Grad eines Arztes I. Classe (der Doctorgrad wurde damals erst nach fünfjähriger Praxis und nochmaligem Examen ertheilt). Nach bestandenem Examen kam er nach St. Petersburg, wo er im April 1845 als Ordinator und Lehrer an dem unter dem hohen Protectorate der Grossfürstin Helene Pawlowna stehenden Hebammeninstitute angestellt wurde. Bald darauf wurde er Professor an demselben Institute und im J. 1850 — noch im Range eines Collegienassessors — Director desselben, welchen Posten er bis zum Herbst 1874 bekleidete. Im Herbst 1874 nahm der Verstorbene seinen Abschied und wurde bald darauf zum Mitglied des Medicinalrathes ernannt. Im J. 1879 wurde er zum Leibaccoucheur (ausser Etat) des Allerhöchsten Hofes ernannt. Der Verstorbene besass folgende kaiserlich russischen Orden: Die Kriegsmedaille für den Krimkrieg von 1853—56, St. Stanislausorden I. Classe, St. Annenorden I. Classe, St. Wladimirorden II. Classe und den Weissen-Adlerorden; letzterer wurde ihm zu Anfang dieses Jahres verliehen. Im J. 1867 wurde er Wirklicher Staatsrath und Anfang 1882 — Geheimrath. Bis vor 1½—2 Jahren liess die Gesundheit des Verstorbenen wenig zu wünschen übrig. Um die eben angegebene Zeit fing er an zu kränkeln und fiel es der Umgebung und seinen zahlreichen Bekannten und Freunden auf, dass seine Kräfte merklich abnahmen; nichtsdestoweniger setzte er noch seine Amtsthätigkeit (als Mitglied des Medicinalrathes) sowie seine Privatpraxis weiter fort. Die letzte Krankheit, der der Verstorbene erlegen ist, begann ungefähr Mitte September a. c. mit dyspeptischen Erscheinungen, denen sich bald ein intensiv ausgesprochener, leicht fieberhafter Icterus hinzugesellte. Ende October traten wiederholt Schüttelfröste auf, die behandelnden Aerzte keinen Augenblick über die höchst ernste Natur der Krankheit (Cholangitis suppurativa resp. Leberabscesse) im Zweifel liessen; dabei nahmen die Kräfte des Patienten beständig ab und am Abend des 8. Nov. erfolgte der Tod. Der Verstorbene erfreute sich in früheren Jahren einer sehr ausgedehnten Praxis (besonders in seinem Fache) und wurde in gleicher Weise von seinen Collegen und Patienten, als Arzt und als Mensch hoch geschätzt, so dass ihm von Vielen eine dankbare warme Erinnerung bewahrt bleiben wird.

Die erste Versammlung der Mitglieder des Aerzte-Vereins zu gegenseitiger Hilfeleistung

fand am Montag den 19. Nov. im kleinen Saale der Stadtverwaltung statt. Die Betheiligung war eine recht rege; von den 493 Mitgliedern, welche die neue Gesellschaft gründen, hatten 365 ihre Stimmlisten für die Wahlen, welche den Hauptgegenstand der Tagesordnung bildeten, beim Eintritt in den Saal abgegeben.



Leider erwies sich dieser Modus der Wahl der Verwaltungsmitglieder und Ehrenrichter als ein sehr unzweckmässiger, indem das Zählen der Stimmen trotz Betheiligung vieler Anwesenden ein paar Stunden beanspruchte. Während desselben verlas Dr. A. Ebermann einen kurzen Bericht über die Entstehungsgeschichte der Gesellschaft und die Thätigkeit der Commission, welche die Statuten ausgearbeitet und deren Bestätigung ausgewirkt hatte. Dr. E. führte Folgendes aus: Vor dem I. Congress der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an N. J. Pirogow, im J. 1886, habe er auf Anregung Dr. O. Petersen's einen Bericht über die ärztlichen Rechtsschutzvereine in England, Belgien, Frankreich und Deutschland ausgearbeitet, denselben dem Congress vorgelegt und gemeinsam mit Dr. P. vorgeschlagen, bei uns eine ähnliche Gesellschaft zu gründen. Der Vorschlag wurde mit Stillschweigen übergangen. Ebenso fand auf dem II. Congress in Moskau das von E. ausgearbeitete und im Journal des Congresses gedruckte Statut eines Rechtsschutzvereines keinen Anklang. Erst die noch unvergessenen, betrübenden Gerichtsverhandlungen, in denen Aerzte die Rolle der Angeklagten spielten, insbesondere aber die damals von Seiten der Gesellschaft und der Presse gegen die Aerzte erhobenen ungerechten Beschuldigungen, die ihnen sogar die einfachste Menschenliebe absprachen, riefen unter den Collegen die Ueberzeugung von der Nothwendigkeit der Gründung einer Institution zu gegenseitigem Schutz und gegenseitiger Hilfe wach. Da manche Stimmen in diesem Sinne laut wurden, so unternahm es E. auf dem III. Congress Unterschriften zu sammeln für den projectirten Rechtsschutzverein. Es fanden sich deren 172 und wurde eine Commission, bestehend aus den DDr. Paschutin, Petersen-Tscherepnin, Ugrjumow und Ebermann, zur Ausarbeitung eines Statuts für den nächsten Congress gewählt. Unabhängig davon wurde im vorigen Jahre (1889) in der Gesellschaft russischer Aerzte von Dr. W. J. Afanassjew der Gedanke der Gründung einer Gesellschaft zur Einigung der Aerzte zu gegenseitiger Hilfe und moralischer Unterstützung angeregt und eine Commission, bestehend aus den DDr. Afanassjew, Ssyrotinin, Pokrowski, Trojanow und Pawlowski, behufs Ausarbeitung eines Statutenentwurfes gewählt. Diese Commission vereinigte sich mit der oben genannten und, nachdem dieser vereinigten Commission auch noch Delegirte der anderen medic. Gesellschaften in St. Petersburg beigetreten waren, wurde in einer ganzen Reihe von Sitzungen ein Statut ausgearbeitet, das erst in den verschiedenen Gesellschaften verlesen, dann dem Medicinalrath vorgelegt und endlich Dank den freundlichen Bemühungen des Directors des Medicinaldepartements, L. F. Ragosin, von der Regierung bestätigt wurde. — Das jetzt vorliegende bestätigte Statut ist natürlich nach manchen Seiten hin unvollkommen; die Mängel müssen und können erst später ausgeglichen werden, wenn sie sich in der Praxis herausstellen. Von der Ausdehnung der Gesellschaft auf das übrige Russland musste zunächst abgesehen werden, da die Gründung der Gesellschaft in St. Petersburg sich rascher und leichter erreichen liess; es ist aber wohl unzweifelhaft, dass die im Statut vorgesehene weitere Ausbreitung nicht lange auf sich warten lassen und dann den ärztlichen Stand in ganz Russland heben und fördern wird. — Lebhafter Beifall lohnte den Redner in Anerkennung der Mühe und Arbeit, die er insbesondere für die Gründung der neuen Gesellschaft aufgewandt.

Nachdem das Zählen der Stimmen beendet war, erwiesen sich als zu Gliedern der Verwaltung und deren Candidaten gewählt die DDr. Paschutin, Trojanow, Tscherepnin, Ebermann, Petersen, Alyschewski, W. A. Manassein, W. J. Afanassjew, Batalin und Ssyrotinin, von welchen mittelst Ballotement die ersten 5 zu Gliedern der Verwaltung, die anderen 5 zu deren Candidaten bestimmt wurden. — Als die ersten Zehn für den Posten eines Ehrenrichters gingen aus der Stimmlistenwahl hervor die DDr. Paschutin, N. P. Iwanowski, P. J. Multanowski, W. A. Manassein, Mierzejewski, Rauchfuss, Taranezki, Magawly, Moritz, Sawarykin. Da beim nun folgenden Ballotement keiner von diesen die statutenmässig erforderliche ²/₃ Majorität der Stimmen erhielt, so wurde für die nächste Sitzung eine neue Abstimmung anberaumt, jedoch beschlossen, die Stimmlisten dieses Mal vorher an die Verwaltung der Gesellschaft einzusenden, so dass auf der Versammlung selbst nur das Ballotement vorzunehmen sein wird. Die Wahl der Glieder der Revisionscommission wurde ebenfalls auf das nächste Mal verschoben, da es schon sehr spät geworden war und die meisten Mitglieder das Local bereits verlassen hatten, ohne das Resultat der Wahlen abzuwarten.

Vermischtes.

— Der *Allgemeine Verein der St. Petersburger Aerzte* hat in seiner Sitzung am 13. Nov. den Prof. R. Koch in Berlin einstimmig zum *Ehrenmitgliede* gewählt. Die diesbezügliche Adresse wird Herrn Prof. Koch vom Präses des Vereins, Dr. E. Moritz, der am 21. Nov. nach Berlin gereist ist, überreicht werden.

— Die ausführlichen *Mittheilungen des preussischen Cultusministers Dr. von Gossler* im preuss. Abgeordnetenhause am 29.

Nov. über die der Koch'schen Veröffentlichung vorhergehenden Verhandlungen werden gewiss überall von allen objectiv Urtheilenden mit grösster Befriedigung aufgenommen worden sein. Dieselben beseitigen die letzten Vorwürfe, welche man Koch bezüglich seines Vorgehens in dieser Sache von manchen Seiten glaubte machen zu können. Hielt es doch ein sonst so ernst urtheilender Mann, wie Prof. Manassein, noch kürzlich für erlaubt, in einem Vortrage in der mil.-med. Academie die Ansicht auszusprechen (die er auch im „Wratsch" cfr. № 45 vertritt), dass Koch durch die Geheimhaltung seines Mittels den Grundprincipien der ärztlichen Ethik ins Gesicht geschlagen habe. Wir fühlen uns nicht berufen diese schablonenhafte Anwendung eines sonst unzweifelhaft richtigen Grundsatzes auf einen ganz aussergewöhnlichen Fall zu bekämpfen, obgleich es leicht genug wäre darzuthun, dass der Arzt wohl eine ungeheuer grosse moralische Schuld auf sich laden würde, der leichtsinnig ein Mittel der ganzen Welt preisgiebt, das durch die bisherige Unsicherheit seiner Darstellung unabsehbaren Schaden stiften kann. Nach den Mittheilungen v. Gossler's müssen alle Vorwürfe gegen Koch schweigen; denn es wird in denselben amtlich constatirt, dass Koch mit grösster Bescheidenheit, Selbstlosigkeit und Offenheit vorgegangen ist, aber auch mit ernstester Ueberlegung aller Folgen, die die Veröffentlichung seines nicht mehr ganz zu wahrenden Geheimnisses haben musste; und in dieser Veröffentlichung wurde mit weiser Vorsicht nur so viel vom Geheimnisse preisgegeben, als ohne Schaden geschehen und nicht mehr geheim bleiben konnte bei der grossen Zahl von zu den Versuchen nöthigen Kranken, dem Wartepersonal derselben und vor allem der von allen Seiten sich gewaltsam herandrängenden Wissbegierde und Neugier. Welch' ein Glück für die Menschheit, dass der grosse Forscher sich nicht wie die übrige Welt durch seine Entdeckung hinreissen liess, sondern ruhig und stetig seinen Weg weiter geht, dem Alle gespannt folgen; welch' ein Glück auch, dass er in seinem Vorgesetzten, Herrn v. Gossler, einen Mann hat, der öffentlich die ganze Verantwortung auf sich nimmt und, wie aus dem Bericht hervorgeht, mit allen Kräften bemüht ist, nicht nur stets in dieser verantwortungsvollen Sache ein kühles Urtheil zu behalten und den richtigen Weg zu finden, sondern auch so rasch wie möglich die nöthigen Mittel und Einrichtungen zu beschaffen, damit das Mittel, dessen ungeheuere differenzialdiagnostische Bedeutung schon ganz unzweifelhaft ist, dessen Heilwerth voraussichtlich nicht minder gross sein wird, bald allen Kranken und insbesondere den Armen, und zwar in unzweifelhafter Echtheit zugänglich sein kann; der endlich Koch alle Wege bahnt, damit er fortfahren kann in seinen Arbeiten, die sich jetzt auch auf die übrigen Infectionskrankheiten erstrecken sollen. Da können wir gewiss hoffen, dass bald aus dem neuen Institut für Infectionskrankheiten noch weitere, grosse Entdeckungen in gleicher Richtung zum Segen der Menschheit hervorgehen werden.

Wir haben über den Wortlaut der v. Gossler'schen Rede nicht referirt, da wir überzeugt sind, dass alle unsere Leser dieselbe aus den Tagesblättern kennen. Hervorheben möchten wir nur noch, dass die Dr. Cornet in der Presse gemachten Vorwürfe über Ausbeutung des Publicums mit dem Koch'schen Mittel sich nach dem v. Gossler'schen Bericht als unwahr erweisen.

Bei der liberalen Weise, in welcher das Koch'sche Mittel nach Möglichkeit überall hin vertheilt wird zu Versuchen und zur Nachprüfung, laufen schon aus vielen Orten Berichte über die ersten Impfungen und deren Resultate ein, die stets und überall die gleichen, von Koch beobachteten und mitgetheilten sind. Auch in Riga hat Dr. Max Schmidt, der sich die Lymphe selbst aus Berlin geholt hat, bereits Lupuskranke geimpft und ist jetzt schon die bekannte Reaction eingetreten. Demnächst sollen auf Koch's besonderen Wunsch Impfungen an Leprakranken vorgenommen werden.

— Die Anerkennungen und Auszeichnungen, welche Prof. R. Koch zu Theil werden, mehren sich mit jedem Tage; die Zahl der Ehrendiplome, Anerkennungsschreiben und telegraphischen Glückwünsche, welche aus allen Gegenden der Welt in Berlin einlaufen, ist geradezu colossal. Keine grössere Huldigung aber konnte Prof. Koch gezollt werden, als die Zusammenkunft von Aerzten aller Nationen, meist Specialisten und Autoritäten im Studium und in der Behandlung der Tuberculose, in Berlin, um sich mit der neuen Heilmethode bekannt zu machen. Es ist das eben ein Beweis dafür, dass die medicinische Welt es glauben gelernt hat, dass jede unter den Auspicien von Koch ausgeführte Arbeit gründlich und echt sei und dass jede von Koch selbst gemachte Ankündigung rückhaltlos aufgenommen werden dürfe. In erfreulicher Weise haben auch die französischen Aerzte und Bacteriologen, was kaum zu erwarten war, der Koch'schen Entdeckung ihre Anerkennung gezollt. Vor Allen hat Pasteur mit den Chefs seines Institutes einen telegraphischen Gruss und Glückwünsche für die „grosse Entdeckung" an Koch gerichtet. Am 22. Nov. hat dann der Pariser Arzt Dr. Hacks nach seiner Rückkehr aus Berlin in einer speciell zu diesem Zweck einberufenen Versammlung in Paris über das Koch'sche Heilverfahren berichtet. Die Versammlung, an der sich sämmtliche medicinische Autoritäten von Paris betheiligten, fasste hierauf ihr Urtheil über dasselbe dahin zusammen, dass diese Entdeckung eine der grössten sei, welche je zum Wohle der Menschheit gemacht worden und dass Koch ewiger Ruhm gebühre.

Die Mehrzahl der Berliner Krankenhäuser, sowie der deutschen Universitätskliniken sind bereits mit dem Koch'schen Impfstoff versehen und soll die Anfertigung desselben nach Koch's eigenen Mittheilungen binnen 2 Wochen etwa so weit gefördert sein, dass derselbe von dann ab allen Aerzten wird zur Verfügung gestellt werden können. Leider soll der Mangel an Koch'schem Impfstoff bereits zur industriösen Ausbeutung des neuen Heilverfahrens geführt haben, über welche in der letzten Versammlung der Berl. med. Gesellschaft mit grosser Entrüstung verhandelt wurde. Wie die „Köln. Ztg." berichtet, hat Dr. W. Levy (wahrscheinlich derselbe, in dessen Privatklinik Prof. Koch seine ersten Versuche an Tuberculösen anstellte) in Berlin von einem in Dover wohnenden Kranken gegen 1000 Rbl. wöchentlich für die Behandlung verlangt und später auf eine zweite Anfrage durch seinen Assistenten dem Kranken antworten lassen, dass es ihm wegen der ausserordentlich geringen Menge Lymphe, die augenblicklich zu Gebote steht, nicht möglich sei, eine Injection unter 300 Mark zu machen. Da ein Fläschchen des Impfstoffes, welches Koch zu 25 Mark abgiebt, ca. 4000 Dosen enthält, so würde also dasselbe, wenn jede Impfung mit 300 Mark bezahlt wird, ungefähr 1 Million Mark einbringen. Wie ein Berliner Blatt meldet, soll Prof. Koch diesem Missbrauch ein Ende gemacht haben, indem er dem Dr. Levy den Bezug seiner Lymphe entzogen hat.

Auch bei uns in St. Petersburg hat bereits ein *homöopathischer Arzt* durch (im Uebrigen nichtssagende) Zuschriften an eine hiesige deutsche und eine russische Tageszeitung das Fläschchen von Koch'schem Impfstoff, welches er — wahrscheinlich unter anderer Maske — sich in Berlin verschafft hat, zu Reclamezwecken für sein Sanatorium in Finland auszubeuten begonnen!

— Zum Oberarzt des Kirillow'schen Hospitals in Kiew (1200 Betten) ist der frühere Prosector des Obuchow'schen Hospitals Dr. M. J. Poletika gewählt worden.

— Vor Kurzem beging der hiesige Arzt Dr. S. P. Smirnow das *50jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.* Da der Jubilar im Ssuworow-Stadttheil auf Wassili-Ostrow, wo er seit 35 Jahren ununterbrochen als Arzt wirkt, unter der Bevölkerung allgemeiner Liebe und Achtung sich erfreut, so wurden ihm bei dieser Gelegenheit vielfache Ovationen dargebracht. Unter Anderem überreichten ihm die Hausbesitzer dieses Stadttheils eine Adresse und eine silberne Schüssel mit Salz und Brod, die Kaufmannschaft von Wassili-Ostrow einen werthvollen Heiligenschrein und die Arbeiter der umliegenden Fabriken ein Heiligenbild.

— Unsere in № 45, S. 409 dieser Wochenschrift gebrachte Mittheilung über die soeben beendigten Arztprüfungen an der mil.-medic. Academie stellen wir nach dem „Wratsch" dahin zurecht, dass von den Studirenden der Academie, welche in diesem Semester den Cursus absolvirt haben, 95 das Arztexamen bestanden haben und zwar 42 von ihnen mit der Censur „eximia cum laude". Dreien von diesen jungen Aerzten, Al. Botkin, W. Orlow und Risi, welche in den meisten Fächern die Censur „sehr gut" erhalten haben, sind die für diesen Zweck bei der Academie auf die Namen Busch, Iwanow und Palzew gestifteten Prämien zuerkannt worden.

— *Verstorben*: 1) In Riga am 12. November der dortige Arzt Dr. Heinrich Ludwig Schultz im 70. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung auf der Dorpater Universität erhalten, wo er von 1839—46 Medicin studirte, worauf er sich als Arzt in Riga niederliess. Heinrich Schultz war, sagt die „Ztg. für Stadt und Land" ihm nach, nicht allein ein um seiner hohen wissenschaftlichen Gediegenheit geschätzter Arzt, sondern auch ein treuer Freund aller Derjenigen, die seine Hilfe in Anspruch nahmen und die ihm im Privatleben näher zu treten Gelegenheit hatten. Sein reges Interesse für alles geistige Leben Riga's machte ihn in Kreisen heimisch, die seinem eigentlichen Berufe fern lagen. Er war ein echter Gelehrter, dem die Wissenschaft über Alles ging und der sich in ihrem Dienste keine Erholung gönnte. Selbst seine ausländischen Erholungsreisen benutzte er zu eingehendem Studium der Hospitäler und zum persönlichen Verkehr mit Autoritäten und Genossen seines Faches. Persönlich in hohem Grade anspruchslos, hatte er seine Freude daran, Andere durch kleine Aufmerksamkeiten zu erfreuen. 2) In Kiew der dortige Arzt J. E. Tarnowski. 3) Der Oberarzt des Donschen Kosakenregiments № 8 Beinar. 4) In Charkow der Arzt Raizyn. 5) Am 24. November n. St. in Leipzig der bekannte Augenarzt Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Coccius im 65. Lebensjahre an Apoplexie. Der Verstorbene hatte in Leipzig studirt und habilitirte sich daselbst als Privatdocent, wurde dann ausserordentlicher Professor und im Jahre 1867 ordentlicher Professor der Augenheilkunde. Coccius hat sich wesentliche Verdienste um die Physiologie des Auges erworben; von ihm rührt die Methode her, den Augenhintergrund in polarisirtem Lichte zu untersuchen.

XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Dr. Carl Dehio, Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals, Riga.
Dr. Theodor von Schröder, St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

☞ **Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate** ☜ bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 48 St. Petersburg, 1. (13.) December **1890**

Ueber die Erkrankung peripherer Nerven bei der Lepra anaesthetica.

Ein am 11. October 1890 in der wissenschaftlichen Versammlung der Dorpater medicinischen Facultät gehaltener Vortrag.

Von

Prof. Dr. C. Dehio.

M. H.! Seitdem Danielssen und Boeck die charakteristische lepröse Erkrankung der peripheren Nervenstämme beschrieben haben, ist die Annahme allgemein geworden, dass die bei der sogenannten Lepra anaesthetica zu beobachtenden Veränderungen an der Haut und namentlich die Bildung anästhetischer Flecken an derselben als eine *trophische Störung* anzusehen sind, die durch die primäre lepröse Affection der zur erkrankten Hautpartie gehörigen Nervenstämme und Nervenzweige verursacht wird. Dieser Auffassung widerspricht jedoch, wie mir scheint, die Thatsache, dass die leprösen Hautflecken sich durchaus nicht an die Verbreitungsbezirke der einzelnen cutanen Nervenstämme binden, sondern, einmal aufgetreten, ein peripheres Wachsthum zeigen, das nach allen Richtungen gleichmässig fortschreiten kann.

Es erschien mir deshalb wünschenswerth, die zu den erkrankten Hautpartien gehörigen peripheren Nerven sowohl in ihren gröberen Stämmen und Aesten, als auch besonders in ihren feineren und feinsten Verzweigungen einer erneuten anatomischen Untersuchung zu unterziehen, um so vielleicht einen Einblick in die gegenseitigen Beziehungen zwischen Nervenerkrankung und Hauterkrankung bei der Lepra anaesthetica zu erlangen. Die Gelegenheit hierzu bot sich im vorigen Semester, als auf der Universitätsabtheilung des hiesigen Stadthospitals ein Kranker verstarb, welcher an ausgesprochener Lepra anaesthetica gelitten hatte. Ich habe den Fall schon vor Jahresfrist benutzt, um die klinischen Symptome der leprösen Erkrankung der nervösen Leitungsbahnen, welche die Haut und die Muskeln der Hände versorgen, näher zu studiren und in einem Vortrage[1]) auf dem ersten livländischen Aerztetage zu beschreiben. Aus der damals gegebenen Darstellung des Krankheitsfalles möchte ich diejenigen Veränderungen, welche uns gegenwärtig interessiren, kurz wieder anführen.

Es handelte sich um einen 45-jährigen Zimmermann, welcher vor 5 Jahren zuerst *Vertaubungen* an den Händen und Vorderarmen und auch an den Fusssohlen bemerkt haben will. Zu derselben Zeit entstanden röthliche Flecken zuerst an der Stirn, dann am Rücken und an den Extremitäten. Pat. will bemerkt haben, dass alle die Stellen, wo sich später die Flecken bildeten, schon einige Zeit vorher auffallend wenig empfindlich waren. Später entstanden hin und wieder an den Ellenbogen, den Handtellern und Fusssohlen *Blasen*, die mit röthlicher Flüssigkeit gefüllt waren, platzten, und dann unter dem Schorfe heilten, ohne tiefere Narben zu hinterlassen. In den letzten Jahren ist das Gefühl des Ameisenlaufens und Taubseins an den Extremitäten und besonders an den Händen immer stärker und anhaltender geworden und seit $1^1/_2$ Jahren hat sich an beiden Händen eine allmälig zunehmende *Muskelschwäche* gezeigt, welche mit Schmerzen in den Händen verbunden war. Im letzten Jahre sind die Hände so kraftlos geworden, dass Pat. nicht mehr arbeiten konnte und sich in's Dorpater Stadtkrankenhaus aufnehmen lassen musste.

Hier fanden wir bei dem hochgewachsenen und noch ziemlich gut genährten Manne zunächst an der Stirn flache, rothbraune, unregelmässig begrenzte *Flecken;* auf beiden Armen, mit besonderer Betheiligung der Streckseiten, vielfache, oft über hand-

[1]) Der Vortrag ist gedruckt in dieser Wochenschr. 1889, № 42, S. 362 u. ff.

grosse Flecken mit bräunlichen Rändern und helleren Centren, in deren Bereich die Haut dünn und atrophisch ist. Eben solche Flecken finden sich unregelmässig auf dem Rücken zerstreut, namentlich in der Gegend der Scapulae, sowie auch die beiden Ober- und Unterschenkel einnehmend. Die Vertheilung der Flecken scheint regellos und ist durchaus nicht an die Verbreitungsbezirke der sensiblen Hautnerven gebunden; allenfalls lässt sich eine gewisse Symmetrie in dem Befallensein beider Körperhälften und ein Vorwiegen der Erkrankung an den Extremitäten und der Stirn constatiren. *Im Bereich aller dieser Flecken*, auch der am Rücken befindlichen, ist *die Sensibilität in allen ihren Qualitäten mehr oder weniger herabgesetzt*, stellenweise so gut wie ganz aufgehoben. An den Ellenbogen und an beiden grossen Zehen ganz oberflächliche, angeblich von Blaseneruptionen herrührende *Hautnarben*.

Was speciell die *Hände* betrifft, so zeigt die Rückenfläche derselben einschliesslich sämmtlicher ersten Phalangen eine *leicht bräunliche Pigmentirung* der Haut, aber keine charakteristischen Flecken; an der Volarseite ist die Haut mit ziemlich dicker, schwieliger Epidermis bedeckt und anscheinend unverändert; jedoch schossen, wie die weitere Beobachtung lehrte, ab und zu in der Vola manus *Blasen* auf (sog. Pemphigus leprosus), die bald platzten und dann heilten, ohne deutliche Narben zu hinterlassen. Obgleich also eigentliche Fleckenbildungen an den Händen nicht wahrzunehmen waren, so fanden sich daselbst doch *Sensibilitätsstörungen* und zwar klagt Patient über *Vertaubungsgefühl*, das am unteren Drittel beider Vorderarme beginnt und sich in beiden Händen besonders auf das Gebiet der Ulnarnerven erstreckt; zugleich Gefühl von *Ameisenlaufen und Schwere* in den Händen und zuweilen auftretende zuckende, stechende Schmerzempfindungen bald hier, bald dort in den Mittelhänden und Fingern. — An der rechten Hand ist auf dem ganzen Handrücken, sowie auf der ulnaren Hälfte der Vola manus das *Tast-, Wärme- und Kältegefühl*, sowie die *einfache und faradische Schmerzempfindung sehr stark herabgesetzt*; etwas weniger ist das am 4. und 5. Finger der Fall; im Gebiete des Nervus medianus sind sensible Störungen fast garnicht zu bemerken. In Bezug auf die motorische Function zeigt sich eine auffallende, beim Händedruck sowie bei der Prüfung mit dem Kraftmesser leicht nachweisbare *Herabsetzung der groben Kraft*; die Spreizung der Finger gelingt, aber mit sehr geringer Energie; die *Musculi interossei sind atrophisch*, so dass zwischen den Metacarpalknochen deutliche Lücken sichtbar sind. Die elektrische Prüfung der Handmuskeln ergiebt *partielle Entartungsreaction*. Die faradische Erregbarkeit des Nervus ulnaris (neben dem Olecranon geprüft) ist erhöht; leichter Druck auf den genannten Nervenstamm erzeugt sehr lebhafte Flexionszuckungen im Musculus flexor carpi ulnaris und im 3. und 4. Finger. Ganz analoge Veränderungen fanden sich an der linken Hand, nur waren sie hier weniger hochgradig.

Wir haben es demnach klinisch mit einer *degenerativen Atrophie der die Haut und die Muskeln der Hände versorgenden Nervenbahnen*, vorwiegend im Gebiet des Nervus ulnaris zu thun, und zwar sind wir, wie ich das in meinem schon citirten Vortrage hervorgehoben habe, zu der Annahme gezwungen, dass die *einzelnen peripheren Zweige des Nerven für sich erkrankt sind und mehr selbständige Störungen in ihren Specialgebieten hervorgerufen haben*, die sich nur durch eine «*chronische degenerative Neuritis ascendens leprosa*» erklären lassen.

Als nun der Patient unerwartet unter den Erscheinungen der Herzparalyse starb, nachdem er sich am Abend vorher einen Excess in Baccho erlaubt hatte, wurden der frischen Leiche folgende Theile behufs einer genaueren mikroskopischen Untersuchung entnommen:

1) Das Rückenmark.

2) Zwei anästhetische Hautflecken aus der Scapulargegend des Rückens mit der umgebenden gesunden Haut und den zum herausgeschnittenen Hautstück hinführenden dorsalen Hautnerven; letztere wurden mit den zugehörigen Hautstücken in Zusammenhang gelassen und bis in die Nähe der Wirbelsäule herauspräparirt.

3) Der Nervus ulnaris dexter in seinem ganzen Verlaufe von der Achselhöhle an, mit einem Theil seiner peripheren Verzweigungen; und zwar wurde der zum vierten Finger verlaufende Hautast im Zusammenhang mit der volaren Haut des Fingers und die zum Musculus interosseus internus und zum Musculus abductor digiti minimi gehörigen Muskeln herauspräparirt.

Alle diese Theile wurden in Müller'scher Flüssigkeit conservirt, später in Alcohol nachgehärtet und endlich grösstentheils nach Weigert gefärbt und mikroskopisch untersucht.

Die mühevolle Untersuchung hat Herr Dr. Gerlach ausgeführt, in dessen Dissertationsschrift[2]) das Nähere nachzulesen ist. Ich erlaube mir, Ihnen nun in Kürze die Resultate dieser Arbeit mitzutheilen und die Schlussfolgerungen vorzulegen, welche ich aus derselben ziehen zu dürfen glaubte.

Die *Untersuchung des anästhetischen Hautfleckes vom Rücken und des zugehörigen dorsalen Hautnervenstammes* wurde in der Weise vorgenommen, dass zunächst der Nerv in dicht auf einander folgende Stufenschnitte zerlegt und mikroskopisch untersucht wurde. Hierbei ergab sich, dass *der Nervenstamm und seine gröberen Verzweigungen vollkommen frei waren von leprösen Infiltrationen*; wohl aber fand sich *ein Theil seiner Nervenfasern im Zustande der Degeneration*, was daraus zu ersehen war, dass die Markscheiden der erkrankten Nervenfasern sich gegen die Weigert'sche Färbung refraktär verhielten und dünner waren als normal; manche Nervenfasern waren sogar mit Zurücklassung kleiner Lücken im Endoneurium vollkommen geschwunden. Die weitere Verfolgung der feineren Nervenzweige von da an, wo sie sich in die erkrankte Haut selbst einsenkten, unterlag nun grossen Schwierigkeiten, welche Dr. Gerlach dadurch überwand, dass er die zu untersuchenden Hautschnitte in Serienschnitte zerlegte und die einzelnen Nervenzweige Schnitt für Schnitt bis in ihre äussersten Zertheilungen verfolgte. Indem er nun den Befund, den die Nervenzweiglein auf den einzelnen Schnitten darboten, auf quadrirtes Millimeterpapier eintrug, erhielt er Bilder von den einzelnen Nervenverzweigungen, welche recht interessante Befunde erkennen liessen. Bevor ich jedoch diese letzteren zu schildern versuche, muss ich in kurzen Worten die histologischen Veränderungen beschreiben, die sich in der erkrankten Haut selbst vorfinden. Es zeigt sich, dass die *anästhetischen Hautflecken dieselben mikroskopischen Bilder darbieten*, wie sie für *die früheren Stadien der tuberösen Lepraerkrankung* schon seit lange bekannt und unter Anderen auch von Thoma[3]) und mir[4]) beschrieben worden sind. Man findet die Haut an denjenigen Stellen, wo sich die reichlichsten capillaren Gefässnetze vorgebildet finden, also in den oberen Schichten der Lederhaut, sowie in der Umgebung der Schweissdrüsen, Talgdrüsen und Haarbälge von einer kleinzelligen (leprösen) Neubildung durchsetzt, deren Anordnung es wahrscheinlich macht, dass es sich um eine perivasculäre Infiltration der Haut handelt. Während aber bei der tuberösen Form sehr bald eine analoge Erkrankung der tieferen Hautschichten und des Unterhautfettes hinzutritt und durch intensive Wucherung des neugebildeten Gewebes allmälig knotenförmige Vorbuckelungen der Haut erzeugt werden, bleibt es in den anästhetischen Flecken bei der mehr flachen Infiltration, die nicht nach allen Dimensionen hinauswuchert, sondern mehr die Tendenz hat, sich flächenhaft in die Breite auszudehnen; histologisch unterscheidet sich diese kleinzellige Wucherung in nichts von der bei der tuberösen Form auftretenden Neubildung. Die späteren regressiven Veränderungen, die das lepröse Infiltrat eingeht und die schliesslich zur Abblassung und zum centralen Einsinken der anästhetischen Flecken führen, interessiren uns hier nicht; es kam mir nur darauf an, die anatomische Aehnlichkeit der Erkrankung bei der tuberösen und der maculösen Form der leprösen Hautaffection zu betonen.

---

[2]) W. Gerlach: Untersuchungen über die Unabhängigkeit der Bildung anästhetischer Hautflecke von der Erkrankung zugehöriger Nerven bei der Lepra anaesthetica. — Inaug.-Dissertation. Dorpat 1890.

[3]) Thoma: Beiträge zur pathol. Anatomie der Lepra Arabum. Virchow's Arch. Bd. 57.

[4]) Dehio: Beiträge zur pathologischen Anatomie der Lepra. Dorpater medic. Zeitschr, Bd. 6, 1877.

Wie verhalten sich nun die *Nervenverästelungen innerhalb der so infiltrirten Haut?* Man sieht zunächst die schon geschilderten partiell degenerirten grösseren Nervenstämme, bevor sie in die Haut selbst eintreten, sich in feinere Zweige theilen, und vielfach kann man feststellen, dass bei dieser Theilung alle, oder fast alle gesunden, nicht degenerirten Fasern in den einen Zweig, alle oder fast alle erkrankten, degenerirten Nervenfasern in den anderen Zweig der Gabelung eintreten; der erstere Zweig pflegt dann unter der erkrankten Hautpartie im subcutanen Fett fortlaufend sich zu gesunden Hautstellen zu begeben, während der andere, degenerirte sich in den leprösen Hautfleck einsenkt. Sobald die Nervenzweige in die tiefsten Schichten der erkrankten Cutis selbst eingetreten sind, zeigen sie neben der erwähnten Degeneration der Markscheiden noch eine zweite Veränderung, nämlich eine *kleinzellige (lepröse) Infiltration*, welche die Nervenscheiden ergriffen und ihren ganzen Querschnitt mehr oder weniger durchsetzt hat. Bei der fortschreitenden Verästelung und dem weiteren Vordringen der Nervenzweiglein innerhalb der Hautflecken nimmt diese lepröse Durch- und Umwucherung der Nerven immer mehr zu, bis sie, meistens in der Nähe der leprös erkrankten Schweiss- oder Talgdrüsen, mächtige walzen- oder wurstförmige *Geschwulstmassen* bildet, *in denen die letzten Endzweige der Hautnerven schliesslich vollständig untergehen;* an die Stelle derselben sind dann die kolbigen Anhäufungen von leprösem Gewebe getreten, die sich bis in die oberen Lagen der Cutis hinaufziehen und mannigfache Verästelungen bilden, welche den ursprünglichen Gabelungen der Nervenzweige entsprechen. Oft sieht man dem Verlauf solcher leprös durchwucherter Nervenzweige die gleichfalls leprös infiltrirten Schweissdrüsenknäuel wie Perlen in fortlaufender Reihe angelagert und es macht durchaus den Eindruck, als ob die lepröse Neubildung von den erkrankten Schweissdrüsen auf die benachbarten Nervenzweige übergegriffen habe und sich nun in der Nervenscheide zur Peripherie oder auch centralwärts weiter ausbreite und durch ihre Wucherung die Nervenfasern ersticke. Centralwärts ist die Neubildung jedoch an den untersuchten Dorsalnerven nie über die Region der eigentlichen Cutis hinausgekrochen; sie beschränkt sich also lediglich auf die feinsten cutanen Nervenzweige, während, wie schon erwähnt, die grösseren, subcutan verlaufenden Aeste von der leprösen Infiltration noch völlig oder fast völlig frei sind. Es handelt sich eben um eine noch junge, frisch erkrankte Hautpartie. Die der Gerlach'schen Dissertation beigefügte Tafel illustrirt diese Verhältnisse auf's Deutlichste.

Es lässt sich aus diesen Befunden der Schluss ziehen, dass die untersuchten Hautflecken durchaus *nicht* von einer primären leprösen Erkrankung der dorsalen Nervenstämme abhängig oder von einer solchen bedingt sind, sondern dass der *primäre Erkrankungsherd in der Haut selbst* gelegen ist: hier entsteht zunächst durch lepröse Infiltration der Fleck, und die auf den Fleck beschränkte Anästhesie erklärt sich leicht dadurch, dass die im Bereich des Fleckes befindlichen feinsten Nervenendzweige von der leprösen Wucherung zerstört werden. An diese Zerstörung schliesst sich dann eine aufsteigende Degeneration aller derjenigen Nervenfasern, welche ihrer normalen Endigungen in der Haut beraubt worden sind. Diese *aufsteigende secundäre Degeneration* lässt sich dann auch in den subcutanen Nervenstämmen hoch hinauf verfolgen und dürfte wohl genetisch mit der von Friedlander und Krause*) beschriebenen aufsteigenden Atrophie sensibler Nervenbahnen in Amputationsstümpfen identisch sein.

Dass übrigens bei längerer Dauer des Processes auch die specifisch lepröse Infiltration sich längs den Nervenscheiden aufwärts verbreitet und so die bekannte lepröse Infiltration der peripheren Nervenstämme bewirkt, das soll nicht geläugnet werden. Vielmehr haben Dr. Gerlach's *Untersuchungen des Nervus ulnaris* hierfür einen neuen Beleg erbracht. Der Stamm dieses Nerven war in der Höhe der Achselhöhle makroskopisch unverändert und liess mikroskopisch denselben Entartungstypus erkennen, wie die dorsalen Hautnerven in ihren centralsten Theilen. Weiterhin, im Sulcus bicipitalis zeigten sich schon kleine (lepröse) Rundzellenansammlungen zwischen den einzelnen Nervenbündeln, welche abwärts an Zahl und Grösse immer mehr zunahmen und in der Gegend des Olecranon eine auch makroskopisch wahrnehmbare spindelige Auftreibung bewirkten. An dieser Stelle ist der Nerv durch Rundzellenwucherung fast ganz zerstört, so dass sich innerhalb des leprösen Infiltrates nur noch sehr wenige Nervenfasern und Markscheiden erhalten haben. Am Vorderarm nimmt die Masse der Rundzellen wieder ab, dafür aber zeigen die markhaltigen Nervenfasern eine sehr starke *degenerative Atrophie*.

Sehr lehrreich ist nun *das Verhalten der Nervenzweige*, in welche sich der Stamm des Nervus ulnaris an der Hand theilt. Der untere Zweig zum 4. Finger, welcher mit der Haut des Fingers zusammen der Leiche entnommen war, zeigt in seinen centralen Theilen dieselbe Entartung wie der Stamm des Nervus ulnaris am Vorderarm, weiter nach unten aber lässt er gar keine markhaltigen Nervenfasern mehr erkennen, sondern ist in einen compacten Bindegewebsstrang verwandelt, in welchem einzelne Lücken die Stellen bezeichnen, wo früher die Nervenfasern gelegen hatten; der ganze Strang ist von reichlichem leprösem Gewebe umwuchert. Die zugehörige Haut, welche makroskopisch unverändert erschien, erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung dennoch leprös infiltrirt; Nervenfasern waren in derselben gar nicht mehr aufzufinden, also offenbar durch die lepröse Infiltration gänzlich zerstört. — Anders der zu den Musculi interossei verlaufende Nervenzweig. Derselbe befand sich zwar im Zustande hochgradiger degenerativer Atrophie, aber von einer specifisch leprösen Infiltration war nichts zu finden; auch der zugehörige Muskel zeigte eine herdweise Atrophie seiner Muskelfasern, welche hie und da durch zellenarmes Bindegewebe ersetzt waren, lepröse Zellablagerungen waren aber in denselben nicht vorhanden.

Es fragt sich nun, wie wir den zeitlichen Ablauf der leprösen Erkrankung im Nervus ulnaris aufzufassen haben. Eines ist sicher, nämlich dass sich die ältesten im Bereich des Ulnaris und seiner Aeste und Zweige vorgefundenen leprösen Veränderungen nicht im Stamm desselben, sondern im peripheren cutanen Zweige desselben vorfanden; dieser letztere sammelte seine Fasern aus einem Hautbezirk (4. Finger), welcher zwar makroskopisch intact erschien, allein mikroskopisch dennoch sich als leprös infiltrirt erwies und klinisch eine deutliche Verminderung seiner Sensibilität erkennen liess. Je weiter aufwärts, desto jüngeren Datums erwiesen sich die in den grösseren Zweigen und schliesslich im Stamm des Ulnaris vorhandenen leprösen Infiltrate. *Es lässt diese Thatsache nur den Schluss zu, dass auch der Ulnaris zunächst in seinen peripheren Zweigen erkrankt ist, und dass die lepröse Wucherung von hier*, allmälig regionäre Metastasen machend, *immer weiter centralwärts fortgekrochen ist.* Es darf aber die fernere Thatsache nicht vergessen werden, dass nicht alle peripheren Verzweigungen des Nervus ulnaris erkrankt waren, sondern nur die cutanen, aus leprös infiltrirter Haut stammenden centripetalen Nervenzweige. Die centrifugalen Muskeläste dagegen, sowie die zugehörigen Muskeln selbst, befanden sich wohl im Zustande fortgeschrittener degenerativer Atrophie, enthielten aber keine Spur von lepröser Wucherung.

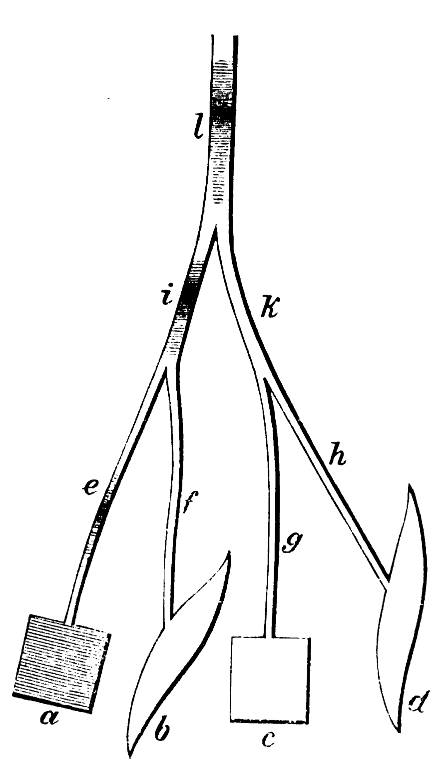
Es muss also die lepröse Wucherung, welche schliesslich den ganzen Nervus ulnaris ergriffen hat, *von den cutanen sensiblen Zweigen aufwärts fortgeschritten* sein; wie es

*) Fortschritte der Medicin 1886.



aber zur leprösen Erkrankung dieser letzteren gekommen ist, ist uns nach unseren Erfahrungen vom Dorsalnerv leicht verständlich. Die cutanen Nervenzweige des Nervus ulnaris stammten ja aus leprös erkrankten Hautpartien und von diesen letzteren muss die Erkrankung ihren Ausgang genommen haben. Was nun die degenerative Atrophie der ulnaren Nervenfasern betrifft, so ist die Atrophie vereinzelter Fasern oberhalb der jüngsten, am meisten central gelegenen leprösen Infiltrationen wohl als eine *aufsteigende* anzusehen, wie wir sie auch im Dorsalnerv gefunden haben; die hochgradige Atrophie des Stammes und aller Zweige, welche unterhalb der grossen am Olecranon befindlichen Infiltration des Nervus ulnaris auftritt, kann aber nur eine *absteigende* Degeneration sein, hervorgerufen durch die Zerstörung fast aller Nervenfasern am Orte dieser Infiltration. Da hierdurch selbstverständlich auch motorische Fasern zerstört worden sind, so muss die Atrophie auch die motorischen Zweige und deren Muskeln ergriffen haben, wie wir das auch durch Gerlach's Untersuchung bestätigt finden.

Ich möchte Sie, m. H., nun bitten, einen Blick auf das beigefügte Schema eines gemischten Nerven zu werfen (cfr. nachstehende Fig.). *a* und *c* bedeuten Hautstücke mit den zugehörigen sensiblen Nervenzweigen *e* und *g*; *b* und *d* sind Muskeln mit ihren motorischen Nervenzweigen *f* und *h*. Die Abschnitte *i* und *k* sind gemischte Nervenäste, *l* ist der gemischte Nervenstamm, die schraffirten Stellen bedeuten lepröse Infiltrationen.



Es erkranke nun zunächst das Hautstück *a*, indem sich daselbst ein lepröser Fleck etablirt; es wird anästhetisch, ohne dass der Nerv *e* erkrankt ist; in der Folge entwickelt sich eine aufsteigende Degeneration aller aus *a* stammenden, in *e* enthaltenen Nervenfasern, welche bis in den Nervenstamm *l* hinauf verfolgt werden kann. Bei längerer Dauer der Krankheit kommt es dann durch aufwärts fortschreitende lepröse Durchwucherung des Nerven zunächst zu einer leprösen Infiltration bei *e*; dadurch werden die klinischen Symptome (circumscripte auf den leprösen Fleck begrenzte Anästhesie) nicht verändert. Sobald nun aber durch ein weiteres lepröses Infiltrat bei *i* eine Leitungsunterbrechung innerhalb dieses gemischten Nervenastes erfolgt, so werden *alle* peripherwärts von *i* gelegenen Nervenfasern atrophiren und auch der Muskel *b* wird der degenerativen Atrophie verfallen, obgleich weder er selbst noch sein motorischer Nervenzweig von der leprösen Wucherung ergriffen ist; klinisch und anatomisch werden wir degenerative Atrophie des betreffenden Muskels nachweisen können, wie wir das an den Rami interossei des von Gerlach untersuchten Nervus ulnaris thatsächlich gethan haben. Localisirt sich nun endlich die lepröse Infiltration im Nervenstamm bei *l* (wie in unserem Fall im Nervus ulnaris am Ellenbogengelenk), so wird der ganze Nerv unterhalb dieser Stelle atrophiren, inclusive *k*, *g* und *h*, welche nichtsdestoweniger von der specifisch leprösen Erkrankung vollkommen frei sind. Die Folge hiervon wird sein: Anästhesie des Hautstückes *c*, welches an sich nicht leprös erkrankt ist, und degenerative Atrophie des Muskels *d*. In der That finden wir auch schon vielfach erwähnt, dass bei der Lepra anaesthetica nicht nur die leprösen Hautflecken ihr Gefühl verlieren, sondern dass auch scheinbar vollkommen gesunde Hautpartien, insbesondere an den Extremitäten, Anästhesie und Hypästhesie zeigen können.

Ich glaube, m. H,, Ihnen an diesem Schema nicht nur diejenigen Veränderungen verständlich gemacht zu haben, welche wir klinisch und anatomisch am Nervus ulnaris unseres Patienten kennen gelernt haben, sondern ich glaube auch ferner, dass hierdurch der Zusammenhang zwischen den ursprünglichen localen Hauterkrankungen, den darauf folgenden Nervenerkrankungen und den durch diese bedingten weiteren Folgeerscheinungen (Muskelatrophien und Sensibilitätsstörungen an nicht leprös infiltrirten Hautpartien) bei der Lepra anaesthetica überhaupt klar gelegt sein dürfte.

Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks misslang in unserem Fall wegen eingetretener Ueberhärtung desselben, doch liess sich makroskopisch weder an der Oberfläche noch auf den Durchschnitten desselben eine pathologische Veränderung bemerken.

Referate.

K. Noiszewski (Dünaburg): 1) Conjunctiva plastica, eine radicale Heilmethode des chronischen Trachoms. (Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1890, Februar). 2) Die Behandlung des chronischen Trachoms vermittelst der Transplantation von Schleimhaut. Conjunctiva plastica. (Ibid., August).

Bei Trachoma induratum (Narbenstadium mit Degeneration der Conjunctiva, des subconjunctivalen Gewebes, der Drüsen und des Tarsus) hat Verf. den Versuch gemacht, die entartete Bindehautschleimhaut durch Transplantation von Lippenschleimhaut zu ersetzen. Die Operation gestaltet sich folgendermaassen: Umschneidung des zu entfernenden Conjunctivallappens mit dem Gräfe'schen Messer, Abschaben der Weichtheile bis zur Entblössung des Knorpels, Ueberpflanzen eines aus der Lippe ausgeschnittenen, ca. 5 Mm. breiten und 10—11 Mm. langen Schleimhautlappens auf den Defect, Fixation durch 4 Nähte, von denen die 2 vorderen (am Lidrande) durch die ganze Dicke des Lides geführt werden, während die 2 hinteren (in der Nähe des Fornix conj.) nur oberflächlich angelegt werden. Die vorderen Nähte sind 4 Mm. vom freien Lidrande entfernt (entsprechend der Stelle, wo sich der Sulcus posttrachomatosus zu bilden pflegt). Der angeheilte Lappen macht zunächst ein Stadium der Maceration durch (5—7 Tage) und wird hierauf stark vascularisirt, fleischig, hypertrophisch; nach mehreren Monaten veröden die Gefässe (Stadium der Induration).

Das in 8 Fällen (7 Mal am Oberlid, 1 Mal am Unterlid) mit Erfolg geübte Verfahren ist insbesondere empfohlen bei chron. Trachom mit Pannus carnosus; der transplantirte Lappen soll auch die umliegende trachomatös degenerirte Schleimhaut günstig beeinflussen. Quoad functionem sind in solchen Fällen (bei $S = \frac{1}{x}$) Sehschärfen bis 0,1 erzielt worden. Contraindicirt ist die Methode namentlich bei intacter Hornhaut, da die mit normaler Sensibilität versehene Cornea den Unterschied in der Schleimhaut sehr wohl empfindet (die Kranken geben an, sie hätten „Baumwolle in den Augen“).

Natanson.



Jul. Hochenegg (Wien): Ein Beitrag zur Leberchirurgie. (Wiener klin. Woch. № 12).

Verf. hatte Gelegenheit, bei der Operation eines Gallenblasentumors, der von carcinomatös infiltrirtem Lebergewebe umgeben war, den operativen Eingriff auch auf das letztere auszudehnen. Während ein Assistent mit beiden Händen zwischen den Fingern die Leber comprimirte, excidirte Verf. die erkrankten Theile sammt einem ziemlich breiten Saume normalen Lebergewebes mit dem Messer, bei mässiger Blutung, legte, da die angelegten Nähte in der zarten Albuginea immer wieder durchschnitten, zu beiden Seiten der Wundränder wurstförmig zusammengerollte Jodoformbäuschchen und fixirte diese durch die Wunde im Parenchym comprimirende Matratzennähte, wonach die Blutung vollkommen sistirte. Die Wundränder konnten auf diese Weise leicht extra cavum abdom. fixirt und, nach Vereinigung des Peritoneum parietale mit dem visceralen Blatte der Leber durch Catgutnähte, mit einem Jodoform-Sublimatgazeverband verdeckt werden. Der Verlauf war ein durchaus günstiger und vollkommen fieberfreier. Da bei dem geschilderten Verfahren der extraperitonealen Versorgung der Leberwunde jede Gefahr der sonst bei Leberwunden so sehr gefürchteten Nachblutung vermieden wird, so hält Verf. sich für verpflichtet, dasselbe zur weiteren Prüfung zu empfehlen. Hess.

Fischer: Die Behandlung des Keuchhustens mit Bromoform. (New-York Med. Rec. Sept. 6).

F. berichtet über 16 von ihm mit Bromoform behandelte keuchhustenkranke Kinder, welche den verschiedensten Gesellschaftsclassen, besonders aber den ärmeren angehörten. Bessere oder schlechtere Ernährung der Patienten hatte keinen besonderen Einfluss auf den Gang der Behandlung mit Bromoform, ebensowenig, wie das Darreichen desselben vor oder nach dem Essen. Dem *Alter* nach befanden sich die Pat. zwischen dem 6. Lebensmonate und 6 Jahren, die Dauer der Krankheit vor der Bromoformbehandlung schwankte zwischen 5 Tagen und 4 Wochen, die Kinder, bis auf 1, das am 5. Tage der Behandlung an acuter Enteritis starb, genasen: 2 am 5., 3 am 12., 2 am 14., 2 am 16. Tage der Behandlung, je 1 am 8., 9., 10., 15., 19., 25. Tage; die Gabe schwankte zwischen 2 und 4 Tropfen 3 Mal täglich, je nach dem Alter des Kindes; ein Kind hatte vor 2 Jahren schon einmal den Keuchhusten gehabt. (Die Zahl der Fälle ist zu gering, um ein endgiltiges Urtheil über das Mittel zu fällen, doch sind die bisher veröffentlichten Erfahrungen durchaus günstig für dasselbe. Ref.). Hinze.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Robert Koch's Heilmittel gegen die Tuberculose. I. Heft. 102 S. Berlin und Leipzig. Verlag von Georg Thieme. 1890. Pr. 1 Mark 60.—

Das Buch bietet die zusammengefassten Separatabdrücke der bisher über das Koch'sche Heilmittel in der „Deutschen med. Wochenschrift" erschienenen Arbeiten; nach Maassgabe des weiteren Erscheinens von Arbeiten über den gleichen Gegenstand sollen weitere Hefte dieselben zusammenfassend bringen. Da gewiss viele der dieses Thema behandelnden Verfasser die „D. med. Wochenschr." zur Publikation wählen werden, so werden diese Hefte wohl über den Verlauf besonders der ersten Versuche mit dem Mittel die Leser gut unterrichten und können daher Allen empfohlen werden, die diese Arbeiten zu besitzen wünschen.

Den Inhalt dieses ersten Heftes bildet die allbekannte Veröffentlichung R. Koch's, welcher die von uns bereits eingehend referirten Arbeiten von Fräntzel und Runkwitz, Lewy, Köhler und Westphal, sowie v. Bergmann folgen. Den Schluss bilden drei Mittheilungen, über welche wir in Nachstehendem ausführlicher berichten wollen.

Hertel: Mittheilungen über die Einwirkung des Koch'schen Mittels auf Kehlkopftuberculose.

H. berichtet über 18 auf der Prof. Gerhardt'schen Abtheilung der Universitätsklinik mit dem Koch'schen Mittel behandelte Kranke. Angewandt wurde die 1%-ige Lösung in 0,5% Phenollösung; Injection mit der desinficirten Koch'schen Spritze in die Haut der Lendengegend, als weniger unbequem beim Liegen; 1. Injection 0,001—0,005. Bei 14 Pat. Nachweis von Bacillen, bei 3 kein Auswurf, Diagnose nach Befund im Kehlkopf und Rachen, sowie der Lungenspitze, ferner auf Lupusknötchen und Narben; bei 1 Pat. probatorische Injection. — 4 Gruppen von Kranken:

1. Gruppe: 2 Pat., bei welchen vor Beginn der Behandlung eine Erkrankung des Kehlkopfes nicht nachweisbar war, nach den Einspritzungen aber Krankheitsherde in demselben sichtbar wurden. In einem Falle Auswurf mit Bacillen, im anderen nicht. Nach der Injection die bekannte allgemeine Reaction und Erscheinen eines kleinen rothen Fleckes resp. einer linsengrossen flachen Geschwürsfläche in der Schleimhaut der oberen Trachealknorpel.

2. Gruppe: 6 Pat., welche Veränderungen wahrscheinlich tuberculöser Natur in ihrem Kehlkopf zeigten, die unter dem Einfluss der Behandlung ihr Aussehen veränderten. Bei allen diesen Pat. trat nach der Injection ausser der Allgemeinreaction, Röthung und Schwellung der verdächtigen unebenen, rauhen, mit kleinen gelbich-weissen Herden besetzten oder bereits geschwürig zerfallenen Partie des Kehlkopfs und deren Umgebung ein, wodurch die Diagnose gesichert wurde.

3. Gruppe: 8 Pat., welche an tuberculöser Erkrankung des Kehlkopfes litten, die unter der Behandlung theilweise rückgängig wurde, und bei denen während und nach der Behandlung des Mittels neue Krankheitsherde auftraten, die früher nicht beobachtet worden waren; 1—3 Injectionen; in einzelnen Fällen Besserung, in anderen Sichtbarwerden neuer Herde. In 1 Falle trat keine Allgemeinreaction auf 0,002—0,01 auf, obgleich Bacillen im Auswurf nachgewiesen waren und rechtsseitige Spitzenerkrankung bestand.

4. Gruppe: 2 Pat., bei welchen auf die Injection keine Reaction an den verdächtigen Partien des Kehlkopfes eintrat, also keine tuberculösen Herde dort vorhanden waren.

Alle Krankheitsgeschichten sind ausführlich mitgetheilt.

Die locale Reaction im Kehlkopf schildert H. folgendermaassen: Es tritt Röthung und Schwellung des erkrankten Gewebes auf, das dann, etwa 24 Stund. nach der Einspritzung, sich mit einem grauweissen Belege von der Mitte her bedeckt, während die Randzone noch roth bleibt, und es beginnt meist ebenfalls von der Mitte her eine Zerklüftung, ein Zerfall. Es bildet sich meist ein trichterförmiges Geschwür, dessen Mitte in der Mitte des erkrankten Gewebes liegt. Zerklüftung und Zerfall schreiten von der Mitte zum Rande fort; auch die Ränder des Geschwürs verfärben sich grauweiss und, ohne dass man ein eigentliches Abstossen von der Oberfläche bemerken könnte, wird das entstandene Geschwür stetig flacher. Es sinkt so meist das ganze erkrankte Gewebe scheinbar in sich zusammen, wobei mehr oder weniger starke Absonderung von Schleim und Flüssigkeit aus Mund- und Rachenhöhle, resp. den oberen Luftwegen stattfindet. Fälle von Heilung sind bei der Kürze der Beobachtungszeit noch nicht beobachtet worden.

Köhler: Weitere Mittheilungen über das Koch'sche Heilverfahren. (Aus der ausserordentl. Sitzung der Gesellschaft der Charitéärzte am 20. Nov.).

Bei Demonstration der mit dem Koch'schen Mittel behandelten Lupusfälle sprach sich K. darüber aus, was aus dem nach der Injection abgestorbenen Gewebe wird, das die (nach Koch) noch lebenden Bacillen einschliesst.

Bei oberflächlichem Sitz des Lupus kann einfache Abstossung und damit Heilung erfolgen, wie wir das beobachten (1 Fall dafür angeführt). Bei subcutanem Sitz hindert die Haut die Abstossung; das abgestorbene Gewebe bleibt liegen, kann vielleicht resorbirt werden mit den lebenden Bacillen (Gefahr für den Organismus), oder ohne dieselben (Gefahr des Recidivs), oder es kann als käsige schützende Hülle um die Bacillen liegen bleiben, die vielleicht später sterben, was aber nicht bewiesen; also auch hier Gefahr des Recidivs. Daher sind die subcutanen Lupusherde stets mit dem scharfen Löffel zu eröffnen, entweder nach den Injectionen zur Entfernung des abgestossenen Gewebes oder vor den Injectionen, um den subcutanen Lupus zu einem oberflächlichen, exulcerirenden zu machen, der dann bei den Injectionen heilt (1 Fall dafür sprechend).

Aehnliche Erwägungen seien auch für die Behandlung der Gelenke anzustellen und demgemäss chirurgisch einzugreifen.

Lublinski: Einige vorläufige Bemerkungen über die Behandlung der Kehlkopftuberculose nach dem Koch-schen Verfahren. (Berl. laryngol. Gesellschaft 21. Nov.).

L. hat mit Grabower die Fälle von Larynxtuberculose in Dr. Levy's Klinik beobachtet und berichtet kurz und zusammenfassend über dieselben. Minimaldose 0,004 bei einem heruntergekommenen 14-j. Knaben mit schwerer Kehlkopf- und Lungentuberculose, Maximaldose 0,01. — Inconstanz der Allgemeinreactionserscheinungen, kein Anhaltspunct für die Stärke derselben, daher Vorsicht nöthig und poliklinische Behandlung unmöglich.

Nach den Injectionen war die Stimme gewöhnlich stärker belegt in Folge der im Kehlkopf eingetretenen Schwellung; dieselbe rief nie bedrohliche Erscheinungen hervor, obgleich in 2 Fällen mit Perichondritis die Rima glottidis auf 1/2 Ctm. verengt war. — Das Krankenmaterial sehr mannigfaltig, Infiltrate und Ulcerationen der verschiedenen Kehlkopftheile, auch Perichondritis. — L. hat bedeutende Besserungen beobachtet. Infiltrate der hinteren Larynxwand und der Epiglottis wurden viel flacher; Geschwüre wurden flacher und reiner (in 1 Falle nach Abstossung eines grau-schwärzlichen Belages). Auch in schweren Fällen langsame Besserung. — In 1 Falle durch die Injection differentialdiagnostische Entscheidung für Lupus, wo die Diagnose zwischen hereditärer Lues und Lupus schwankte. Schröder.



Wissenschaftliche Verhandlungen der Dorpater medicinischen Facultät.

Sitzung am 8. November 1890.

Berichterstatter: Herr R. Kobert.

Herr Unverricht stellt einen Kranken mit einer Herdaffection der Medulla oblongata vor. Nach einem Sturz auf den Hinterkopf war bei dem 13-jährigen Knaben eine **alternirende Hemiplegie** eingetreten. Arm und Bein der rechten Seite zeigten Parese und Steigerung der Sehnenreflexe, im linken Facialisgebiete war ein mehr spastischer Zustand zu constatiren, so dass die Faltenbildung hier im Ruhezustand mehr ausgesprochen und die Lidspalte etwas enger erschien als auf der rechten Seite, dabei bestand Entartungsreaction. Ebenso zeigte die linke Zungenhälfte sich im Zustande vermehrter Innervation und war ausserdem etwas atrophisch. Der linke Abducens war gelähmt, der rechte paretisch. Das Gaumensegel war paretisch, die Phonation dadurch sehr erschwert, Regurgitiren von Flüssigkeit kam jedoch nur selten vor. Das Schlingen geschah ungestört, der Pharyngealreflex war vollkommen erloschen. Als Vagussymptom fasst U. das häufiger vorkommende tiefe Aufseufzen und die constante Pulsbeschleunigung auf. Ausserdem bestand Polyurie. Von Hirnnerven waren also betheiligt der Facialis, Abducens, Glossopharyngeus, Vagus und Hypoglossus Es sind dies Nerven, deren Kerne in der Medulla oblongata benachbart liegen, und hierher muss man jedenfalls die Localisation der Erkrankung verlegen. Da die Erkrankung einen progressiven Verlauf zu nehmen scheint, so handelt es sich vielleicht um eine *gliomatöse Geschwulstbildung*.

Ferner zeigt U. Athmungscurven eines Kranken mit **periodischer Athmung** vor, bei welchem sich durch Injection von Morphium typisches Cheyne-Stokes'sches Athmen, d. h. Athmen mit Athempausen erzeugen liess. Es genügte dazu die subcutane Anwendung von 1 Cgrm. U. ist der Ansicht, dass das Auftreten von Athempausen ein Zeichen von herabgesetzter Erregbarkeit des Athemcentrums darstellt und schliesst daraus, dass das Morphium die Erregbarkeit der beim Respirationsact in Anspruch genommenen Theile herabsetzt. In diesem, gegen kleine Dosen Morphium so empfindlichen Individuum glaubte U. ein günstiges Versuchsobject zu besitzen zur Prüfung der Frage, ob das Atropin erregend auf diejenigen Provinzen wirke, deren Leistungsfähigkeit durch das Morphium herabgesetzt ist, ob also das Atropin ein zweckmässiges Gegengift gegen das Morphium darstelle. War dies der Fall, so musste erwartet werden, dass nach der Atropinanwendung die durch Morphium erzeugten Athempausen verschwinden würden. Es zeigte sich nun, dass nach combinirter Anwendung von Morphium und Atropin die Athempausen sich bis fast 30 Secunden ausdehnten und in besorgnisserregender Weise zu starken clonischen Zuckungen im Stamme und den Extremitäten führten. Die Pausen verschwanden viel langsamer, als bei blosser Morphiumanwendung. *Atropin hatte also die durch Morphium allein erzeugte Herabsetzung der Hirnerregbarkeit nur noch verschlimmert.*

Es stand deshalb zu erwarten, dass auch Atropin allein die Erregbarkeit des Athemcentrums herabsetze. Dies bestätigte sich in einem Versuche, in welchem durch alleinige Injection von 0,001 Atropin. sulfur. langdauernde Athempausen erzeugt wurden.

U. sieht sich deshalb veranlasst, auf Grund seiner Versuche vor der Anwendung von Atropin bei der Morphiumvergiftung zu warnen.

In einem zweiten Falle von Cheyne-Stokes'schem Athmen beobachtete U. das Vorkommen von Pulsus alternans im *Athmungsstadium*, während dies Phänomen in der Pause verschwand. Einige Monate nach dieser Beobachtung wurde aus der Eichhorst'schen Klinik von Huber das Vorkommen von Pulsus alternans in der *Athempause* beschrieben, während mit dem ersten Athemzuge die Pulszahl sich mehr als um die Hälfte verkleinerte und die einzelnen Pulse an Grösse erheblich zunahmen. U. glaubt, dass Huber „alternirende Systolie" vor sich gehabt habe, wie sie U. in der Berliner klinischen Wochenschrift № 26, 1890 beschrieben hat. Diese ist häufig als eine Steigerung des Pulsus alternans zu betrachten. Es würde dann die Huber'sche Beobachtung sich mit der von U. vereinigen lassen. Bei ersterer hätte man in beiden Phasen des Cheyne-Stokes'schen Phänomens Pulsveränderungen, während der Respiration nur in stärkerer Ausprägung, bei letzterer wäre die Pulsveränderung nur geringgradiger und deshalb nur im Respirationsstadium ausgesprochen.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 2. October 1890.

1) Dr. Anders berichtet mit Bezug auf den von ihm in der Sitzung vom 24. April (s. St. Petersb. Med. Woch. № 36) mitgetheilten Fall von septico-pyämischer Erkrankung (multipler Osteomyelitis), dass ein jüngerer Bruder jenes Pat. in diesem Sommer an einer typischen *Osteomyelitis im oberen Ende der Epiphyse des linken Os humeri* erkrankte. (Es ist jedoch nicht derjenige Bruder, welcher damals gleichzeitig mit dem ältesten einen Furunkel hatte). Die Veranlassung zum Ausbruche der Osteomyelitis scheint im vorliegenden Falle ein Trauma gewesen zu sein. Die rechtzeitig ausgeführte Operation förderte einen grossen Eiterherd im Markraume des oberen Endes der Diaphyse des Oberarmbeines zu Tage; die Heilung ging gut von statten. Nach Mittheilung der Krankheitsgeschichte stellt A. den operirten Knaben vor.

2) Dr. Petersen führt mehrere Patienten des städt. Alexanderhospitals vor:

I. 63-jähr. Arbeiter hat vor 2 Wochen ein Ulcus molle am Frenulum acquirirt und sich deswegen von einem Feldscher irgend ein beizendes Pulver täglich einmal auf die Glans penis appliciren lassen. Infolge dessen ist eine *superficielle Gangrän der ganzen Glans* eingetreten.

II. 26-jähr. Mann mit tardiver Syphilis zeigt beim Zurückziehen der leicht phimotischen Vorhaut eine vollständige *Zerstörung der Glans durch gummöse Geschwüre*. Pat. ist verheirathet und hat vor 1 Jahre einen gesunden Sohn gezeugt.

III. 30-jähr. Mann mit schwerer Syphilis, die schon nach 2 Jahren in das gummöse Stadium getreten ist, hat neben gummöser Synovitis des Ellenbogens, Tophus tibiae etc. eine *gummöse Affection des Os metacarpi IV* der linken Hand.

IV. 18-jähr. Mann, in frühester Jugend syphilitisch inficirt, zeigt jetzt: ausgedehnte *gummöse Geschwüre des ganzen Gesichtes*, syphilitische Narben am ganzen Körper, *Ostitis deformans syphilitica*, *Defect des Os metacarpi II* der linken Hand.

3) Dr. Smigrodski (Gast) theilt seine eigene Krankheitsgeschichte mit: *schwere Pyämie* mit Lungeninfarcten, Pleuritis, para- und perinephritischem Abscess, osteomyelitischen und periostalen Herden der Tibia und Fibula, Phlebitis der Venae saphenae etc. Vortr. hatte sich bei einer Operation den Finger verletzt und dadurch ein Panaritium acquirirt, von welchem die Allgemeininfection erfolgte. (Die ausführliche interessante Krankheitsgeschichte ist veröffentlicht in № 47 dieser Wochenschrift). Von besonderem Interesse sind folgende zwei Puncte: 1) Die Allgemeininfection trat ein, ohne dass in der Umgebung des Panaritiums eine Entzündung der Lymphbahnen sichtbar war; die Verbreitung des Virus erfolgte also wahrscheinlich direct durch die Blutbahn. 2) Der para-perinephritische Abscess rief charakteristische Schmerzen im Bereiche der Nn. ileo-hypogastricus und ileo-inguinalis hervor, welche diagnostisch verwerthet werden können.

Dr. Moritz hält es für möglich, dass bei der Verbreitung der Infection über die ganze Blutbahn eine infectiöse Endocarditis als Zwischenglied mitgewirkt hätte.

Dr. Masing ist der Meinung, dass die Infection ihren Weg vom Panaritium aus durch die Venen in das rechte Herz und von dort direct in die Lungen genommen habe, wo die ersten Infarcte auftraten; eine Endocarditis des rechten Herzens sei selten, eine solche des linken Herzens aber hätte nicht direct zu Lungeninfarcten führen können.

Dr. Smigrodski bemerkt hierzu, dass bei ihm trotz häufiger sorgfältiger Untersuchung am Herzen niemals Veränderungen gefunden wurden.

4) Dr. Selenkow spricht über einen *Fall von Hirnabscess, bedingt durch Caries des Felsenbeins* (aus dem Nikolai-Militärhospital) (der Vortrag ist zur Veröffentlichung bestimmt), zugleich demonstrirt Vortr. das cariöse, am Warzenfortsatz trepanirte Felsenbein und den Abscess im Schläfenbeinlappen des Gehirns.

Secretär: Dr. E. Blessig.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Nach Bardeleben jun. hat folgende *Behandlung von Verbrennungen* im Krankenhause Friedrichshain (Berlin) sehr gute Resultate gegeben: Sorgfältige Säuberung der verbrannten Stellen, Abspülung mit Carbol- ($2^1/_2$—3%) oder Salicylsäure- ($3‰$) Lösung, Entfernung etwa vorhandener Blasen, Einpuderung mit Magisterium Bismuthi subtilissime pulveratum, darüber Verband mit Bruns'scher Watte, die bei Durchtränkung eventuell bis auf die unterste Lage zu erneuern ist. Weniger Schmerzen, raschere Heilung als bei anderer Behandlung.

(Berl. klin. Woch. № 14).

— Holsti und Runeberg beschreiben je einen Fall von Lepra tuberosa resp. anaesthetica aus der Helsingforser Klinik, die in sofern von Interesse sind, als die Lepra in Finland äusserst selten ist. (Finska läkaresäll., Bd. 30).

— Sidney Bourne Swift, Arzt an der Leproserie zu Molokai (Hawai-Inseln) berichtet über einen Fall von *Lepra anaesthetica* bei einem 25-jährigen Kanaken, welcher 1878 vaccinirt, ein Jahr später leprös wurde und zwar begann die Affection von der Vaccinestelle aus sich zu verbreiten. Der Kranke hatte sein Leben lang mit Leprösen zu thun gehabt und heirathete ein Mädchen, welches nach zweijähriger Ehe auch leprös wurde; in den letzten drei Monaten ist deutliche Ataxie vorhanden. Die mikroskopische Untersuchung eines ausgeschnittenen Hautstückes ergab trotz aller Sorgfalt keine Leprabacillen. Verf. wirft die Frage auf, ob dem Kranken nicht gleichzeitig mit der Vaccine



auch Lepra eingeimpft worden sei, und führt die Untersuchungen von Prof. Dehio (cfr. diese Wochenschr., 21. Oct. 1889) an.
(Occident. med. Times IX, 1890).

Briefe von Prof. D. Mendelejeff über das Spermin des Prof. A. Poehl.*)

Herrn Professor Dr. Alexander Poehl.
(Uebersetzung aus dem Russischen).

I.

Sehr geehrter Herr College!

Von Herrn Dr. Schreiner, dem bekannten und fast einzigen Forscher über die neue organische Base „Spermin", habe ich einen Brief erhalten, welcher bestätigt, dass Ihr Präparat, von dem ich eine Probe zur Prüfung an Herrn Dr. Schreiner einsandte, ein bestimmtes Salz des Spermins enthält. Ich nehme die Gelegenheit wahr, Sie davon zu benachrichtigen, damit Sie im Interesse der weiteren Förderung der chemischen und physiologischen Kenntnisse auf dem von Ihnen erwählten Gebiete ruhiger als bisher Ihre mühevolle Arbeit fortsetzen können. Sollten Sie meinen Brief zu veröffentlichen wünschen, so bitte ich dieses in einer wissenschaftlichen Zeitschrift zu thun.

Ich bin der Meinung, dass die in vieler Hinsicht noch unaufgeklärte Frage über Spermin sich in einer Phase befindet, in welcher dieselbe dem Specialisten, sowohl Chemiker, als auch Physiologen und Mediciner neben hohem Interesse viele Schwierigkeiten bietet.

Meines Erachtens liegen auch schon jetzt viele Thatsachen vor, welche darthun, dass die Sperminfrage eine der vielen ist, welche eine Erweiterung unserer Kenntnisse auf dem Gebiete der organischen Welt herbeiführen muss. Schritt für Schritt geht die Wissenschaft langsam vorwärts zur Lösung jener Fragen und die Einmischung der Retrograden und der Laien darf diejenigen nicht abschrecken, welche ihr Bestreben auf Erforschung der Wahrheit gerichtet haben, deren reife Früchte das Leben fördern, deren unreife jedoch meist schädlich sind.

Genehmigen Sie die Versicherung meiner vollkommenen Hochachtung. gez.: D. Mendelejeff.

St. Petersburg, den 8. Nov. 1890.

II.

Sehr geehrter Herr College!

Es ist mir das Gerücht zu Ohren gekommen¹), dass Ihr Spermin-Präparat dasjenige „Spermin" enthielte, welches von der bekannten Berliner Firma Schering kürzlich in den Handel gebracht worden ist. Um Missverständnissen vorzubeugen, welche bei einem noch so wenig untersuchten Körper, wie dem Spermin, leicht eintreten könnten, und um die Angelegenheit klarzulegen, habe ich mich zunächst persönlich von dem grossen Unterschied zwischen den chemischen Reactionen Ihres Präparates und denjenigen des Präparates der Firma Schering überzeugt. Letzterem ist derselbe Name Spermin beigelegt, welcher Ihrem aus Sperma gewonnenen Präparate mit Recht zukommt, wie aus dem Briefe hervorgeht, den Dr. Schreiner, der Entdecker des Spermins, mir zugesandt hat.

Daraus ergiebt sich: 1) dass das Gerücht, Ihr Präparat enthielte das „Spermin" von Schering, völlig unbegründet ist (was überhaupt von vornherein unwahrscheinlich war und keiner Untersuchung bedurfte); 2) dass dem Berliner Präparat mit Unrecht der Name „Spermin" beigelegt worden ist.

Da aber in Anbetracht der heftigen gegen Sie gerichteten Angriffe die Richtigkeit meiner Schlussfolgerungen aus Gründen, die dem Streben nach Wahrheit fremd sind, leicht in Zweifel gezogen werden könnte, so hielt ich es für angezeigt, mich brieflich an die Firma Schering zu wenden, um die Natur des Präparates zu erfahren, welches die Fabrik unter dem Namen „Spermin" in den Handel bringt. In den letzten Tagen ist die Antwort eingetroffen und ist dieselbe so treffend, dass ich mich bemühen werde, den Sinn derselben in kurzen Worten wiederzugeben. Der Vertreter der Firma schreibt: Das Interesse am Spermin wurde durch Ihre Mittheilungen erregt, welche Sie auf dem Berliner medicinischen Congress machten. Das von der Firma in den Handel gebrachte „Spermin" ist synthetisch aus Aethylenverbindungen dargestellt worden und erwies sich später als „Piperazidin", weswegen jetzt die Firma ihr Präparat nicht mehr „Spermin" (da es in Wirklichkeit kein Spermin ist), sondern **allein** Piperazidin nennt. Die Firma sucht jetzt auf die Methode der Darstellung um ein Privilegium nach und kann deswegen dieselbe nicht mittheilen.

Nach solcher aufrichtigen, überzeugenden und präcisen Antwort erschien das Heft № 16 der Berichte der Deutschen chemischen Gesellschaft (24. Nov. 1890), wo auf Seite 3300 der bekannte, hochangesehene Chemiker Prof. v. Hofmann mittheilt, dass die Substanz, welche die Firma Schering „Spermin" nannte und jetzt Piperazidin nennt, nichts anderes ist, als das schon längst bekannte Diaethylendiamin von Hofmann, welches früher von Cloëz und Natanson als Acetyliak und Acetylamin beschrieben worden ist.

Hierdurch wurde es völlig unzweifelhaft, dass die Firma Schering kein Spermin in den Händen gehabt hat, obgleich sie versucht hatte dasselbe darzustellen, nachdem Sie darauf hingewiesen hatten, dass das Spermin ein neues Arzneimittel repräsentire. Ferner wurde unzweifelhaft, dass die vergeblichen Bemühungen der Leute, welche das „Spermin" von Schering benutzten, um auf Grund desselben die vermittelst Ihres, d. h. des echten Spermins erhaltenen Angaben als falsch hinzustellen, auf einem der groben Irrthümer beruhten, in welche leicht Leute verfallen, wenn sie ungenügend chemisch gebildet sind, oder aber in allem Neuen nur das Schlechte aufzufinden sich lebhaft bestreben.

Da der durch Ihr Spermin hervorgerufene Zwischenfall für die Geschichte der medicinischen Präparate lehrreich ist, und da Ihr Präparat, wenn ich nach dem urtheile, was ich von verschiedenen — nicht verblendeten — Seiten erfahren habe, verspricht eine angesehene Stellung in der Reihe derjenigen neuen Arzneimittel einzunehmen, deren Untersuchung zu den Zeitfragen gehört, so halte ich es für angemessen, hiermit zu erklären, dass ich mit einer Veröffentlichung dieses Briefes Ihrerseits einverstanden bin. Ich bitte jedoch, dass dieses nicht vor dem 26. November geschieht, weil zu der Zeit die chemische Commission, welche sich mit der durch das Erscheinen Ihres Präparates entstandenen Frage beschäftigt, ihre Arbeit beendet haben muss.

Ihr Spermin ist also das wirkliche Spermin. und jenes Berliner Präparat, welches Ihnen als Muster hingestellt wurde, ist durchaus kein Spermin, sondern das längst bekannte Diaethylendiamin oder Piperazidin.

Und so gehen Sie mit Gottes Hilfe vorwärts, ohne sich durch die Angriffe, mit denen man Sie und Ihr Spermin überschüttet, beirren zu lassen. Die Wahrheit wird siegen.

Mit ausgezeichneter Hochachtung
Ihr ergebener
gez.: D. Mendelejeff.

St. Petersburg, den 19. November 1890.

*) *Anmerk. der Redaction.* Diese auf Wunsch des Herrn Prof. Poehl hier publicirten Briefe haben der Redaction im russischen Original vorgelegen.

¹) Cfr. „Medicina", Jahrg. 1890, S. 570—572.

Bericht über die im Institut für experimentelle Medicin mit der Koch'schen Flüssigkeit gemachten Impfungen.

Im Institut für experimentelle Medicin (Apotheker-Insel, Lopuchinskaja № 38—40), das in nächster Zeit eröffnet werden wird, wurden am 11. Nov. 10 Uhr Abends dreien an Lupus vulgaris leidenden Kranken Injectionen der Koch'schen antituberculösen Flüssigkeit gemacht.

1) Agafja J., 38 J. alt; seit mehr als 25 Jahren krank. Der lupöse Process nimmt die Haut des ganzen Gesichtes ein (der knorpelige Theil der Nase ist zerstört), ferner den vorderen Theil des Halses, die rechte Brustwarze (Lupus hyperthrophicus) und einige kleine Hautpartien auf der Beugeseite des Oberarmes. Unterhalb des rechten Fussgelenkes, entsprechend der Articulatio talocalcanea besteht Schwellung mit undeutlicher Fluctuation und ausgesprochener Hauthyperämie.

Temperatur um 5½ Uhr Abends (vor der Injection) 37,4°. Um 10¼ Uhr Injection von 0,002 Koch'scher Flüssigkeit. Nach 3 Stunden fiel die Temperatur bis 36,7°, worauf sie zu steigen anfing (39,9°) und nach 7 Stunden ihr Maximum (40,6°) erreichte; dann sank sie allmälig, recht regelmässig, bis sie am 15 Nov. 6 Uhr Morg. wieder zur Norm (37°) zurückgekehrt war.

Kurz vor Beginn der Temperaturerhöhung traten an allen lupös afficirten Stellen Röthung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit auf, welche ihren höchsten Grad entsprechend dem Temperaturmaximum erreichten, aber langsamer als der Temperaturabfall zurückgingen. An der Peripherie der afficirten Partien war besonders stark die Durchtränkung des Gewebes mit seröser Flüssigkeit ausgesprochen, die beim Eintrocknen seröse Borken bildete. Nach Abfall der letzteren am Ende der Woche zeigten sich an ihrer Stelle glatte rothe Narben, die allmälig blasser wurden und leicht abschuppten.

In der Periode der Reaction wurden beobachtet: Schüttelfrost. Uebelkeit, Appetitverlust, Gefühl von Zerschlagenheit, allgemeine Unruhe, Schmerzhaftigkeit aller afficirten Partien, besonders des kranken Gelenkes; auf der Haut der Brust und des Rückens trat ein grossfleckiges Erythem auf. Zu Ende der Reaction verschwanden alle diese Erscheinungen.

An dem erkrankten Gelenke zeigten sich zur Zeit der Reaction Zunahme der Hyperämie, bedeutende Zunahme der Schwellung und hochgradige Schmerzhaftigkeit. Zu Ende der Reaction nahm der Schmerz bedeutend ab, es zeigte sich aber deutlich ausgesprochene Fluctuation; deshalb erschien ein operativer Eingriff nothwendig, der von Prof. Nassilow ausgeführt wurde. Durch zwei Schnitte wurde die Eiterhöhle eröffnet, wobei sich gegen 2 Unzen blutig-eitriger Flüssigkeit entleerte. Gleich nach der Operation verschwand die Schmerzhaftigkeit des Gelenkes vollständig, wie auch die vom Abscess abhängigen abendlichen Temperaturerhöhungen.

Gegenwärtig ist der Allgemeinzustand der Kranken ein vortrefflicher. An den Partien, wo das Erythem beobachtet wurde, besteht jetzt feine kleienförmige Abschuppung.

2) Olga O., 13 Jahre alt; seit 5 Jahren krank. Auf der Haut der Nase, beider Wangen und der linken Submaxillargegend zerstreute Knötchen von Lupus hypertrophicus; die Schleimhaut des harten Gaumens und des Zahnfleisches des Oberkiefers in toto eingenommen vom lupösen Process (auf dem Zahnfleisch Lupus hypertrophicus); die linke Submaxillardrüse vergrössert und ein wenig schmerzhaft; medial von derselben findet sich eine schmerzlose weisse Narbe. Temperatur um 5 Uhr Nachmittags 37,0.

Um 10 Uhr 20 Min. Abends Injection von 0,001 Koch'scher Flüssigkeit. Nach 4 Stunden war die Temperatur bis 36,2 gesunken; um 5 Uhr 50 Min. Morgens fing die Temperatur an zu steigen (39,1) und erreichte ihr Maximum um 6 Uhr Morgens (40,6); langsam abfallend kehrte sie dann bis 3 Uhr Morgens zu ihrer Norm zurück.

Die localen Reactionserscheinungen an den afficirten Stellen bestanden in starker Röthung und bedeutender Schwellung und Schmerzhaftigkeit; besonders intensiv war der Schmerz in der Submaxillardrüse. Ausserdem wurde an den Augen Injection der Conjunctiva, Lichtscheu, Thränenfluss und Oedem der Lider beobachtet. Vom 13. November an nahm die locale Reaction allmälig ab und an der Stelle der lupösen Knoten zeigten sich dicke seröse Borken, unter denen bei Druck ein wenig serös-eitrige Flüssigkeit hervortrat.

Die Allgemeinerscheinungen waren stärker ausgeprägt als im vorigen Falle: Athembeschwerden, Gefühl von Zerschlagenheit, Appetitlosigkeit, Uebelkeit und Hyperästhesie der ganzen Haut. Um 9 Uhr Morgens trat auf der Haut der Brust, des Rückens, des Unterleibes und der Extremitäten ein Erythem in Form von grossen Flecken auf, das darauf in eine papulöse Form überging und mit Abschuppung endete.

Die genannten Allgemeinerscheinungen schwanden nach 48 Stunden; im Laufe der folgenden 5 Tage wurde Abends unbedeutende Temperatursteigerung beobachtet, wahrscheinlich abhängig von Erweichung der obengenannten Submaxillardrüse.

Gegenwärtig fühlt sich die Kranke wohl, die Temperatur ist normal.

3) Elisabeth Sh., 29 Jahre alt; krank seit der Kindheit. Die Haut des ganzen Gesichtes verwandelt in eine gleichmässige röthliche Narbe, an deren Peripherie sich zerstreute kleine Lupusknötchen finden; der knorplige Theil der Nase ist zerstört, Temperatur am 11 November 5½ Uhr Nachmittags 36,9.

Um 10 Uhr Abends Injection von 0,002 Koch'scher Flüssigkeit. Nach 4½ Stunden war die Temperatur bis 36,2 gesunken; die erste Temperaturerhöhung fand nach 13½ Stunden statt (38,0), Maximum nach 16½ Stunden (38,9), am 13. November 5 Uhr normale Temperatur. Die locale Reaction bestand in Schwellung, Röthung und Schmerzhaftigkeit der afficirten Partien, aber in bedeutend geringerem Grade als in den ersten zwei Fällen. Dabei ist zu bemerken, dass auf der gesunden Haut der Patientin, an der Grenze der afficirten Partien, ein weisser, etwa 1 Ctm. breiter Streifen beobachtet wurde, auf welchen ein röthlicher folgte, der von dem weissen scharf abgegrenzt war und allmälig zur Peripherie hin in die normale Hautfarbe überging. Am stärksten war die Reaction auf der Unterlippe und an den Mundwinkeln, wo sie zu Borkenbildung führte.

Das Allgemeinbefinden war zur Zeit der Reaction wenig gestört.

Gegenwärtig fühlt sich die Patientin wohl, die Temperatur ist normal.

Dr. E. Sperck.
Dr. W. Kudrewezki.
Dr. D. Kamenski.

Vermischtes.

— Der ordentliche Professor der militär-medicinischen Academie, Wirkl. Staatsrath Dr. Victor Paschutin, ist mittelst Allerhöchsten Ukases vom 13. November d. J. definitiv zum *Chef der genannten Academie ernannt worden*, mit Belassung in seinem bisherigen Amte als Präsident des Medicinalraths.

— Der bisherige Chef der militär-medicinischen Academie, Geheimrath Dr. A. M. Bykow, hat sich am 17. November von den Studenten der Academie verabschiedet, welche ihm bei dieser Gelegenheit eine Adresse überreichten.

— Am 11. November beging Dr. J. W. Gold in Odessa sein *25-jähriges Jubiläum als Landschaftsarzt.* Die Odessasche Kreislandschaftsversammlung hat beschlossen. Dr. Gold in Anerkennung seiner Verdienste um die Landschaft die Gage vom 1. Januar 1891 ab auf 1800 Rbl. zu erhöhen. Die Landschaftsärzte des Odessaschen Kreises veranstalteten zu Ehren des Jubilars einen ausserordentlichen Congress, auf welchem ihm eine Adresse der Collegen überreicht und derselbe zum lebenslänglichen Ehrenmitgliede der Congresse der Odessaer Landschaftsärzte gewählt wurde.

— Wie der „Wratsch" erfährt, tritt Prof. W. Anrep von seinem Posten als Director des neuen bacteriologischen Instituts hieselbst zurück.

— Das Medicinaldepartement richtet im „Prawitelstwenny Westnik" an diejenigen Aerzte, welche ihre Registrationskarte behufs Aufnahme in das *„Russische Medicinal-Verzeichniss pro 1891"* noch nicht eingesandt haben, das Ersuchen, solches baldmöglichst und spätestens bis zum 25. December zu thun, da spätere Einsendungen nicht mehr berücksichtigt werden können. Die Blanquets der genannten Registrationskarten sind in den Medicinalverwaltungen sowie bei allen Kreis- und Stadtärzten zu haben.

— *Verstorben:* 1) Am 19. November in Moskau Dr. Adolph Knie plötzlich in noch nicht vollendetem 42. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war am 19. März 1849 in Libau geboren; daselbst erhielt er auch seine Schulbildung, worauf er die Universität Dorpat bezog, in welcher er von 1867—73 Medicin studirte. Nachdem Knie im J. 1873 nach Vertheidigung seiner Dissertation „Ueber die physiologische Wirkung der Blausäure" die Doctorwürde erlangt, wirkte er einige Zeit als Arzt auf der Fabrik Quellenstein in Livland und an der Irrenanstalt Alexandershöhe bei Riga, siedelte aber schon im J. 1874 nach Moskau über, wo er sehr bald eine ausgebreitete Praxis sich erwarb. Im Jahre 1880 gründete er daselbst eine ausgezeichnet eingerichtete chirurgische Privatklinik, in welcher er die schwierigsten, ja manche in der Wissenschaft vereinzelt dastehende Operationen glücklich ausführte, welche ihm einen weithin geachteten Namen machten. Aber nicht allein als wissenschaftlich tüchtiger Arzt und geschickter Operateur, auch als College und als Mensch nahm Knie eine hochgeachtete Stellung ein; es wird daher sein frühzeitiger Tod nicht nur von seinen Patienten und Collegen, sondern auch in weiteren Kreisen der Gesellschaft tief betrauert werden. Der Hingeschiedene ist auch vielfach literärisch thätig gewesen; ausser den wissenschaftlichen Berichten über seine Privatklinik hat er zahlreiche Arbeiten über Gastrotomie, Colotomie u. s. w. in russischen und deutschen Fachzeitschriften (auch in unserer med. Wochenschrift) veröffentlicht. 2) In Helsingfors am 9. November der Professor der Pharmacie und Ophthalmologie an der dortigen Universität, Dr. Franz Joseph v. Becker, im 67. Lebensjahre. Der Verewigte zeichnete sich durch Vielseitigkeit der Bildung aus und war als Augenarzt und Operateur weit über die Grenzen Finlands hinaus bekannt. Derselbe hat den grössten Theil seines nicht unbedeutenden Vermögens zur Errichtung einer Erziehungsanstalt für Blinde in Helsingfors vermacht. 3) Am 17. November in St. Petersburg der frühere Militärarzt Nikolai Borodin im 73. Lebensjahre. Der Verstorbene war längere Zeit Inspector der Feldscherschule beim Kiewschen Militärhospital. 4) In Wien der ausserordentliche Professor der Chirurgie und Primärarzt der II. Abtheilung des Wiener allgemeinen Krankenhauses, Dr. Friedrich Salzer, im 64. Lebensjahre am Schlage. Der Verstorbene gehörte in früheren Jahren zu den gesuchtesten Operateuren Wien's.

— In der ausserordentlich zahlreich besuchten Sitzung der *Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga* am 21. November, zu der sich auch Gäste aus anderen Städten eingefunden, referirte Dr. Max Schmidt über seine Reise nach Berlin und seine bisherigen Erfahrungen mit Koch's *antituberculösem Mittel.* Er berichtete kurz über das, was er in Berlin gesehen, rühmte die mit besonderer Umsicht getroffenen Vorkehrungen für eine Vielen zugängliche Beobachtung der Kranken in Prof. v. Bergmann's Klinik, wo täglich 2 Mal Demonstrationen für Aerzte stattfinden, und schilderte dann die Wirkungen der Injectionen, die unseren Lesern bereits bekannt sind. Nachdem er dann die grosse differential-diagnostische Bedeutung des Mittels hervorgehoben, sprach S. sich dahin aus, dass, obgleich jetzt bei der kurzen Beobachtungszeit noch keine Fälle völliger Heilung beobachtet worden seien, doch die unzweifelhaft bei Lupus, chirurg. Tuberculose und Lungenphthise sich vollziehenden Rückbildungsprocesse Heilung verheissen bei Fortsetzung der Cur und passender Nachbehandlung.

Die von S. im Riga'schen Stadtkrankenhause an Kranken mit Haut-, Larynx- und Gelenktuberculose angestellten Versuche mit Injectionen Koch'scher Flüssigkeit haben die gleichen Resultate ergeben, wie die von Berlin aus publicirten. Auf Koch's besonderen Wunsch sind an Leprakranken (bisher 3) die Versuche begonnen worden. Bei einem derselben, einem alten marastischen Manne, der behufs Tracheotomie in's Stadtkrankenhaus aufgenommen worden war, trat nach Injection von 0,005 des Koch'schen Mittels recht starke Allgemeinreaction auf; die Temperatur stieg von 34,4 auf 39,5°. Bei zwei weiteren, kräftigen Leprösen blieb dagegen die Injection von 0,005, sowie auch eine darauf folgende von 0,015 ohne jede Reaction. Man muss demnach wohl annehmen, dass die Reaction bei jenem ersten Kranken deshalb zu Stande kam, weil er gleichzeitig tuberculös ist. Seine rechte Lungenspitze ist leicht gedämpft und es sind auf derselben einige Rasselgeräusche zu hören. Eine Untersuchung des Sputums hat freilich keine Tuberkelbacillen ergeben, doch ist das ja nicht beweisend gegen Tuberculose. — Alle drei Pat. geben an, dass sie subjective Erleichterung nach der Injection verspürten. doch beruht das wohl auf einer durch die Hoffnung auf Besserung hervorgerufenen Täuschung. — Trotz dieser negativen Resultate

XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Dr. Carl Dehio, Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Theodor von Schröder, St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 49 St. Petersburg, 8. (20.) December 1890

Zur Behandlung der Fehlgeburt.
Abortus et partus immaturus.

Vortrag, gehalten auf dem zweiten livländ. Aerztetage zu Wenden

von

H. v. Brehm-Riga.

M. H.! Der Streit um die zweckmässigste Therapie der Fehlgeburt, ein Streit, der schon über anderthalb Jahrhunderte dauert, ist noch nicht beendet. Freilich scheinen die Anhänger der exspectativen Methode immer mehr den Boden zu verlieren, jedoch giebt es noch Viele, die nicht aus Indolenz, sondern aus vollster Ueberzeugung dieser Behandlung allein das Wort reden. So sagte noch im Jahre 1888 ein vielbeschäftigter Frauenarzt in meiner Gegenwart zum ängstlich fragenden Gatten, es sei ein Kunstfehler, den Abort operativ zu beenden. Die Folge davon war, dass die Frau ein ständiger Gast der Moorbäder Kemmern's wurde.

Sehen wir von den Bestrebungen, die am Ende des vorigen und am Anfange dieses Jahrhunderts nach der activen Richtung hin gemacht wurden, ganz ab, so müssen wir die neue Aera in der Behandlung des Aborts von dem Bekanntwerden der Curette Recamier's rechnen. Es sollten aber noch viele Jahre der Stagnation vorübergehen, namentlich durch die heftigsten Widersprüche K. Brauns[1]) unterstützt, bis endlich durch das Aufblühen der auf der Antiseptik fussenden operativen Gynäkologie die vernachlässigte Stiefschwester derselben, die operative Geburtshilfe neue Reiser trieb. Wenn auch Hueter[2]) noch im Jahre 1874 aussprechen konnte: «Wäre es möglich, den operativen Eingriff sc. mit dem Finger, durch ein anderes therapeutisches Verfahren, welches ebenfalls sicher zum Ziele führte, zu umgehen, so würden der abortirenden Frau gewiss viele Schmerzen erspart. Einen Ersatz für denselben giebt es aber bis jetzt nicht», so trat doch schon 1877 wenigstens für die Curettenbehandlung bei zurückgebliebenen Eihaut- und Placentarresten Boeters[3]) warm ein; ihm folgten Spiegelberg[4]), Munde[5]), Fehling[6]), Schroeder[7]) und viele Andere in Frankreich, England, Amerika und Deutschland. In der neuesten Zeit geht nun Dührssen[8]) einen Schritt weiter, indem er auch für den Abort des intacten Eies die Ecochleation desselben verlangt und nur die Placenta mit dem Finger, dagegen bis in den 5. Monat hinein die Decidua mit der Curette entfernt. Die neuesten Lehrbücher der Geburtshilfe, wie diejenigen von Zweifel[9]) und Veit[10]), sind nur für bedingte Curettage, Winckel[11]) dagegen huldigt fast vollkommen der exspectativen Therapie; die Curette verwirft er ganz.

Aus der Entwickelungsgeschichte des befruchteten Eies wissen wir, dass dasselbe sich auf irgend einem Theile der

---

[1]) Lehrbuch der Geburtshilfe 1857.
[2]) Compendium der geburtshilflichen Operationen. 1874.
[3]) Centralblatt f. Gynäkologie. 1877, № 20.
[4]) Lehrbuch der Geburtshilfe. 1878.
[5]) Centralblatt für Gynäkologie. 1878, № 6.
[6]) Archiv für Gynäkologie. Bd. XIII, Heft 2.
[7]) Lehrbuch der Geburtshilfe. 1880.
[8]) Archiv für Gynäkologie. Bd. XXXI, Heft 2.
[9]) Lehrbuch der Geburtshilfe. 1887.
[10]) Handbuch d. Geburtshilfe, herausg. von P. Müller. 1888.
[11]) Lehrbuch der Geburtshilfe 1889 und Münchener medicinische Wochenschrift 1888, № 28.

Uterushöhle niederlagert und dadurch zu einer starken Wucherung der Schleimhäute, der Decidua vera, welche bis zu 1 Ctm. dick wird, Veranlassung giebt. Aus dem Chorion des Eies spriessen zarte Zöttchen, die nach einiger Zeit, etwa vom 3. Monate, an der übrigen Eiperipherie verschwinden und nur an der der Decidua serotina zugekehrten Seite weiter wuchern. Vom 4. Monate an nimmt das Ei die ganze Uterushöhle ein und ist die Placenta als solche vollkommen ausgebildet. — Ich möchte hier einschalten, dass die Unterscheidung zwischen Abortus und Partus immaturus, die vom Zeitpuncte der entwickelten Placenta gemacht wird, nur graduelle Unterschiede darbietet und für die Behandlung der Frühgeburt keinen Werth hat. Ich rechne dieselbe nach dem Vorgange Schröder's deshalb bis zur Lebensfähigkeit des Kindes, also bis zur 28. Woche. — Nach den neuesten Untersuchungen von Gottschalk[12]) wachsen die Chorionzotten nicht allein in die weitgeöffneten Drüsenlumina, verästeln sich von da mit dem Deciduagewebe und durchbrechen die mütterlichen Gefässwandungen, sondern die Decidua wuchert auch zwischen die einzelnen Zotten hinein, so dass eine innige Verbindung zwischen Ei und Mutterboden entsteht. Dicht an der Oberfläche der Serotina befinden sich stark entwickelte Lymphgefässe. Trennt sich das Ei jetzt vom Mutterboden, so werden meistens Blut- und Lymphgefässe geöffnet und ferner bleiben auch eine Menge Chorionzotten als Fremdkörper im mütterlichen Gewebe zurück.

Gehen wir jetzt, um weitere Anhaltspuncte zu erlangen, zur Aetiologie des Abortes über: Starke und anhaltende Uteruscontractionen, die häufig von den Schwangeren gar nicht als solche verspürt werden, zeigen den Beginn der Fehlgeburt an Dieselben werden ausgelöst durch Unterbrechung des stabilen Gleichgewichts, in welchem das Wachsthum der Frucht und der Uterusdruck zu einander stehen. Die gewöhnliche Ursache dazu ist der Fruchttod. Sei es, dass derselbe auf Blutarmuth der Mutter oder auf Degeneration der Placentaranlage und der Placenta zurückzuführen ist. Eine fernere Störung des Gleichgewichts wird durch vermehrte Reizung der den Uterus regulirenden Nerven, wie Traumen, und durch den Blasenstich beim criminellen Abort hervorgerufen. Sind wir deshalb nicht in der Lage, einen die Mutter von aussen treffenden Reiz ausfindig zu machen, so werden wir nie fehlgehen, wenn wir den Fruchttod annehmen. Versuche zur Erhaltung des Foetus in utero sind in diesem Falle unnütz.

Ein wesentlicher Unterschied ergiebt sich im Verlaufe des Aborts in den ersten Monaten einerseits, und andererseits da, wo sich eine Placenta schon gebildet hat. Bei dem ersteren Vorgange ist der normale Verlauf nach Dohrn[13]), dem auch Dührssen l. c. beipflichtet, so, dass durch die beginnenden Uteruscontractionen zuerst das Ei mit seiner Placentaranlage sich von oben nach unten von der Uteruswand ablöst und die Decidua vera nach sich zieht. Es ist der schwerste, in die Uterushöhle hineinragende Theil der Frucht, auf den die Contractionen, da derselbe durch Apoplexien noch schwerer wird, am Besten wirken können. Es besteht nur mässige Blutung, wobei der ganze Geburtsact zu Ende geführt wird. In der Mehrzahl der Fälle aber löst sich das Ei, namentlich in seinem schwächsten Verbindungstheile, in der Uebergangsfalte der Reflexa in die Vera nur zum Theil ab; es entsteht eine Oeffnung, aus der das Blut in grossen Mengen nach aussen tritt. Das Ei wird dann ausgestossen, die grösste Masse, oder auch die ganze Decidua vera, bleibt im Uteruscavum zurück. Bei entwickelter Placenta gleicht der Verlauf ganz dem einer gewöhnlichen Geburt. Die Cervix erweitert sich, die Blase stellt sich sie springt und der Foetus schlüpft heraus; doch jetzt giebt die nachbleibende Placenta, die in der Regel nur zum Theil sich löst, weil sie durch pathologische Veränderungen fest mit der Musculatur in Verbindung getreten ist und nicht mit den ersten Wehen ausgestossen werden kann, zu ganz colossalen Blutungen Veranlassung.

Was nun die Prognose quoad valetudinem anbetrifft, so richtet sie sich vor allen Dingen danach, in welchem Schwächezustande unter dem Blutverlust die Kranke in das Wochenbett getreten, dann nach der Retention von Eihäuten und der möglicherweise schon stattgefundenen Infection.

Die Blutung führt nur höchst selten als solche zum Tode, jedoch schwächt sie den Körper derartig, dass sie zu einer mangelhaften Rückbildung der Gebärmutter Veranlassung giebt und aus einer in den ersten Wochen der Involutionsperiode physiologischen Retrodeviation eine bleibende wird[14]), woraus wieder Endometritiden, Metritiden und Elongationes colli supravaginales entstehen können. Aber nicht allein Subinvolutionen können aus der Blutarmuth der Patientin entstehen, sondern, wie Heitzmann[15]) nachgewiesen hat, gerade das Gegentheil: Hyperinvolutionen, welche wieder in der Mehrzahl der Fälle spitze Anteflexionen, also Sterilität bedingen.

Die Untersuchungen von Doederlein[16]), Winter[17]), v. Ott[18]), Görner[19]), Czerniewski[20]), Thomen[21]) lehren uns, dass die Uterushöhle einer gesunden Wöchnerin, wie auch einer gesunden Schwangeren und Nichtschwangeren, nur ausnahmsweise, dagegen die Cervix und die Vagina zahlreiche Spaltpilze enthalten. Hieraus folgt, dass, wie Winter l. c. pag. 486 meint, die pathogenen Organismen, im Genitalcanale mit mortificirtem und zersetzungsfähigem Gewebe in Contact gebracht, ihre Virulenz wiedergewinnen, dass dieselben sehr leicht in die Gebärmutter hineingelangen und dort in den tiefen Falten der Decidua vera, den in ihr steckenden Chorionzotten, den sich auflösenden Eihäuten und der Placenta den schönsten Nährboden für ihre Weiterentwickelung finden und locale oder allgemeine Sepsis hervorrufen können. Die weiteren Folgezustände solch' einer localen Sepsis können Retroflexionen[22]) und Atrophien[23]) des Uterus sein. Wie Peri- und Parametritiden das Wohlsein einer Frau beeinträchtigen, davon will ich schweigen, es ist Ihnen, meine Herren, ja nur zu bekannt.

Aber nicht allein septische Processe bewirkt die Retention von Eitheilen, sie kann auch, Monate lang bestehend, hin und wieder zu stürmischen Blutungen Veranlassung geben. Sie verlangsamt die Rückbildung[24]) des Organs und unterhält Wucherungsprocesse. So konnte Brennecke[25]) alle seine zur Behandlung gekommenen Fälle von Endometritis fungosa auf Aborte zurückführen, „die entweder ohne Kunsthilfe verlaufen waren, oder bei denen sich diese Kunst-

---

[12]) Beitrag zur Entwickelungsgeschichte etc. Archiv für Gynäkologie, Bd. XXXVII, Heft 2, und Centralblatt für Gynäkologie, 1889, № 44.

[13]) Ueber Behandlung der Fehlgeburten. Volkmann's Sammlung klin. Vorträge № 42.

[14]) Hansen: Ueber die puerperale Verkleinerung des Uterus. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. XIII. Heft 1, pag. 78.

[15]) Ueber Hyperinvolutio uteri. Centralblatt für die gesammte Therapie, 1889, Heft VIII, pag. 453 u. 455.

[16]) Untersuchungen über das Vorkommen von Spaltpilzen. Archiv für Gynäkologie, Bd. XXXI. Heft 3.

[17]) Die Mikroorganismen im Genitalcanal der gesunden Frau. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. XIV, Heft 2.

[18]) Zur Bacteriologie der Lochien. Archiv für Gynäkologie, Bd, XXXII, Heft 3.

[19]) Ueber Mikroorganismen im Secret der weiblichen Genitalien etc. Centralblatt f. Gynäkol., 1887, № 28.

[20]) Zur Frage von den puerperalen Erkrankungen. Archiv f. Gynäkol., Bd. XXXIII, Heft 1.

[21]) Bacteriologische Untersuchungen normaler Lochien etc. Archiv f. Gynäkol., Bd. XXXVI, Heft 2.

[22]) Küstner: Die Entstehungsursachen der Retroversioflexio etc. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., Bd. XI, H. 2, p. 311.

[23]) Thorn: Beitrag zur Lehre von der Atrophia uteri. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., Bd. XVI, H. 1, p. 65.

[24]) Hansen l. c. p. 52. Henricius: Ueber die chronische hyperplasirende Endometritis. Archiv f. Gynäkol., Band XXVIII, Heft 2. pag. 207.

[25]) Zur Aetiologie der Endometritis fungosa. Archiv f. Gynäkol., Bd. XX. Heft 3, pag. 485.

...f Tamponade der Vagina und allenfalls auf Carbol-...ionen des Uterus beschränkt hatte". Ferner ha-...wir des von R. Maier[26]) zuerst beobachteten, von Küstner[27]) anatomisch bewiesenen Deciduoms noch zu erwähnen, von dem Klotz[28]) angiebt, dass es nicht allein aus einem Abort stammen, sondern sich sogar zu einer wahren Neubildung entwickeln könne. Die Chorionzotten können myxomatös degeneriren, wie Meyer[29]) erfahren hat, oder durch adenomatöse[30]) Entartung der Placenta wird dieselbe zurückgehalten und kann in dem Abdomen eine Entwickelung zum Krebs stattfinden.

Aus diesen Andeutungen sehen Sie, meine Herren, welchen Gefahren eine Frau ausgesetzt ist, bei der wir den Abort sich selbst überlassen.

Werden Sie nun zu einer Blutenden gerufen, bei der die Menses einige Zeit ausgeblieben sind, und bei welcher Sie durch die combinirte Untersuchung einen Verdacht auf Schwangerschaft bestätigt finden, ja sogar die Uteruscontractionen fühlen können, so muss vor allen Dingen Ihr Augenmerk auf das Verhalten der Cervix gerichtet sein. Ist dieselbe unverkürzt und können Sie ungezwungen eine Ursache annehmen, welche Ihnen das Leben der Frucht wahrscheinlich macht, so sind grosse Dosen Opium und warme Umschläge über den Leib am Besten im Stande, die Uteruscontractionen aufzuheben. Alles, was die Contractionen wieder von Neuem anfacht, muss strengstens vermieden werden. Hierher gehören: Ein Eisbeutel auf den Unterleib, kalte und warme Irrigationen, Wein oder ähnliche Excitantien, Unruhe der Patientin und ihrer Umgebung. Der Tampon, abgesehen von seiner Gefahr der Infection, löst gleichfalls Contractionen aus. Finden Sie dagegen die Cervix verkürzt, ja sogar den Muttermund eröffnet, für einen Finger durchgängig, und im oberen Theile der Cervix den Eipol, so machen sie sich keine Illusionen: einen so weit vorgeschrittenen Abort werden Sie nie aufhalten. Und gelänge Ihnen dieses hin und wieder auch ein Mal, so haben Sie sicher nach einigen Tagen dieselben Erscheinungen.

Der Zeitpunct des Eingriffes hängt ganz von der Blutung ab. Dieselbe ist stark, wenn das Ei in den ersten Monaten der Schwangerschaft sich von der Decidua gelöst hat, weniger stark in späteren Monaten, da der Vorgang sich immer mehr einer normalen Geburt nähert; finden Sie aber excessiv starke Blutungen in den späteren Monaten, so können Sie sicher annehmen, dass die Blase schon gesprungen und die Frucht bei geöffnetem Muttermunde in den Coagulis unbemerkt abgegangen ist, oder jedenfalls sich nicht mehr in ihren Hüllen befindet, und die Blutung von der sich lösenden Placenta herrührt. Die einzige Ausnahme, wo Sie nicht einzugreifen nöthig haben, ist die, wenn vor Ihrer Ankunft der Abort schon gewesen und Sie sich davon überzeugen können, dass die Frucht mit der ganzen Decidua vera vor Ihnen liegt. Ist das nicht der Fall, so befreien Sie sofort den Uterus von seinem nachgebliebenen Inhalte. Sollte die Cervix vollkommen ausgedehnt sein, und nur der äussere Muttermund, wie es bei Erstgebärenden oder bei Narbenstenosen vorkommt, die Ausstossung der Frucht aufhalten, so incidiren Sie mit einigen Schnitten den Muttermund und entfernen Sie die Frucht sammt ihren Eihäuten. Ist die Blutung stark und die Cervix noch nicht so erweitert, dass die Frucht sich entfernen lässt, so müssen Sie die Schroeder'schen kupfernen Sonden oder die Hegar'schen Hartgummidilatatoren zu Hilfe nehmen.

Den Tampon vermeide ich unter allen Umständen, sowohl als Blutstillungs- wie als Erweiterungsmittel. Dasselbe halte ich von den Laminariastiften und Pressschwämmen. Ist das Material auch noch so aseptisch, so kann die Tamponade durch die in der Scheide und der Cervix sich aufhaltenden Spaltpilze doch Gefahr bringen. Andererseits brauchen Sie zu einer Tamponerweiterung viel Zeit; alle 3—4 Stunden wenigstens müssen die Tampons erneuert werden; Sie bereiten mit denselben den Kreissenden viele Schmerzen, denn so wie Sie die Vagina nicht stramm vollgestopft haben, sickert das Blut in einer bedenklichen Menge hinter und unter dem Tampon hervor. Schliesslich dürfen Sie eine solche Frau nicht eine Minute aus den Augen lassen, weil eine innere Blutung eintreten kann, die das Leben der Kreissenden in die äusserste Gefahr bringt. So führt Klotz[31]) zwei Fälle an, von denen der eine letal endete, der andere mit Mühe am Leben erhalten wurde.

Meine Erfahrungen haben mich nun schon seit Jahren zu der alleinigen instrumentellen Behandlung des Abortes geführt. Die Vorzüge derselben sind vollkommene Asepsis, Raschheit der Ausführung ohne nennenswerthen Blutverlust und vollkommene Gefahrlosigkeit. Die Operation selbst ist recht einfach und unterscheidet sich wenig von der gewöhnlichen Abrasio mucosae uteri. Da ich diese als bekannt voraussetze, so will ich nur darauf aufmerksam machen, dass der äussere Muttermund nicht bis in den Introitus hineingezogen zu werden braucht, sondern nur so weit, dass der Uterus fixirt ist, und man den Löffel bequem einführen kann. Ich bediene mich der von Schröder angegebenen Löffel und halte mir deren fünf; von 5 Mm. angefangen bis 2 Ctm. aufsteigend. Ist die Placenta noch nicht gebildet, so wird die Decidua in leicht schabenden Bewegungen von oben nach unten entfernt. Alsdann wird der Uterus noch ein Mal gründlich ausgespült, damit alle losen Eitheile daraus entfernt werden und die Kugelzange abgenommen. Man überzeugt sich davon, dass der Uterus aufgerichtet steht, reinigt die Vagina und die äusseren Geschlechtstheile und bringt die Wöchnerin, wenn sie vordem viel Blut verloren haben sollte, in ein erwärmtes Bett, in welchem sie je nach den Blutverlusten 7—10 Tage verweilen muss.

Auf den Vorschlag Battlehner's, welcher sich auf die Engelmann'schen Untersuchungen stützt, benutzte ich zur späteren Ausspülung der Gebärmutter eine 5% Essigsäurelösung, und bin trotz der gegentheiligen Schäffer'schen[32]) Beweisführung dabei geblieben, weil ich die Erfahrung gemacht habe, dass dieselbe nicht allein styptisch wirkt, sondern die Gebärmutter auch zu sehr guten Contractionen veranlasst.

Blutet die Kreissende trotz stehender Blase, was bei vorzeitiger, partieller Lösung der Placenta sich ereignet, so sprenge ich die Blase und entwickele mit einer modificirten Martin'schen Polypenzange die Frucht. Die Nachgeburt wird nun in derselben Weise wie bei einer Retention behandelt.

Mit dem Löffel fühlt man bei einiger Uebung genau die Stelle der Placenta, und kann nun in leicht drehenden Bewegungen des Löffels, indem man die eine Kante an den Placentarrand ansetzt, dieselbe hebelartig vom Mutterboden lösen. So gelingt es meist, die ganze Placenta abzulösen und in toto mit der Polypenzange zu entfernen. Ist aber nur der grösste Theil derselben herausbefördert, so werden die nachgebliebenen Reste mit der anhaftenden Decidua abgeschabt. Ist durch die Rotationsbewegungen kein Erfolg zu erzielen, so muss man die Placenta gleichfalls abschaben, und bedarf es dazu einer längeren Zeit und vieler Genauigkeit.

Ich kann nach meinen Erfahrungen Dührssen l. c. pag. 171 nicht Recht geben, wenn er behauptet: «Mir ist

[26]) Virchow's Archiv, Bd. 67, pag. 55.

[27]) Archiv f. Gynäkol., Bd. XVIII, Heft 2, pag. 252.

[28]) Zur Frage der „Deciduome". Archiv f. Gynäkol., Bd. XXIX, Heft 1, pag. 95.

[29]) Ein Fall von zerstörender Wucherung zurückgebl. etc. Archiv f. Gynäkol., Bd. XXXIII, Heft 1.

[30]) Klotz: Das Adenom der Placenta. Archiv f. Gynäkol., Bd. XXVIII, Heft 1.

[31]) Ueber die Gefahr der Blutungen in den Uterus etc. Centralbl. f. Gynäkol., 1890, № 15, pag. 267.

[32]) Ueber den antiseptischen Werth der Essigsäure etc. Zeitschrift f. Geburtshilfe und Gynäkol. Bd. XVIII, H. 2.

es niemals gelungen, einen einigermaassen grösseren, tastbaren Placentarrest, falls er nicht durch Zersetzung hochgradig erweicht war, mittelst der Curette in toto zu entfernen». Man kann ganz deutlich durch das Gefühl das Knirschen der Muskulatur von dem der Nachgeburt unterscheiden. Ich habe bis jetzt noch nie einen Misserfolg erlebt, und muss Düvelius[33]) vollkommen beistimmen, der sagt: «Bei einiger Uebung im Gebrauche des Instrumentes kommt man dahin, dasselbe auch als Tastinstrument, als Sonde zu gebrauchen».

Gegen den Gebrauch der Finger zur Lösung der Placenta habe ich Folgendes anzuführen: Vor allen Dingen die ungeheure Schmerzhaftigkeit der Digitallösung, die mit Erfolg nur in der Chloroformnarkose ausgeführt werden kann, während ich in den seltensten Fällen, nur bei sehr sensiblen und ungebährdigen Patientinnen ein Anästheticum anwende. Frauen, die ein Mal eine Digitaloperation durchgemacht haben, verschieben diesen Act zu ihrem eigenen Schaden bis an die äussersten Grenzen des Möglichen. Zweitens kann der eine Finger, den man in den 2 ersten Monaten in das Uteruscavum hineinzubringen im Stande ist, nur sehr zwecklos arbeiten; es kommen nur einige wenige Deciduafetzen zum Vorschein, weil der eingepresste Finger des Operateurs absolut das Gefühl für Decidua und Muskulatur verloren hat. Auch mit 2 Fingern wird die Placenta sehr unvollkommen gelöst; der Höning'sche Handgriff lässt häufig, namentlich bei syphilitischer Placenta, vollkommen im Stich, und man muss doch noch zum Löffel greifen, um die anhaftenden Reste zu entfernen. Ferner ermüden beide Hände, die schabende sowohl, wie die den Uterus entgegendrückende so, dass man viele und lange Pausen zu machen gezwungen ist, während man die Ecochleation in einigen Minuten beendet. Mit Erfolg kann man die Placentalösung nur dann vornehmen, wenn man die ganze Hand in die Vagina und Zeige- und Mittelfinger in den Uterus zu führen im Stande ist. Ferner ist die Infectionsgefahr bei einer Digitallösung eine viel grössere. Während ich mit dem Löffel die Vagina garnicht berühre, wirken die im Uterus arbeitenden Finger nicht nur für die in der Vagina befindlichen Mikroorganismen wie ein Pumpenstiefel, sondern sie bearbeiten auch mit der Genauigkeit eines Masseurs die blossgelegten Lymphgefässe.

Es giebt aber auch für den Löffel eine Grenze, und die ist dann gegeben, wenn man der Dicke der Placenta wegen zu einem immer grösseren Löffel greifen muss; man hat dann keine tastende Sonde mehr in der Hand. Ungefähr im 6. Monat tritt die Hand an ihren Platz, und sind alsdann die Verhältnisse auch schon derart geräumig, dass dieselbe mit Bequemlichkeit arbeiten kann. Die Lösung der Placenta wird in Folge der Schwere der letzteren eine leichtere; die Deciduaschicht ist atrophischer. Ich möchte aber darauf hinweisen, dass, wenn die Placenta nicht von selbst, oder mit dem Credé'schen Handgriffe der Frucht gefolgt ist, und eine manuelle Lösung hat eintreten müssen, eine Ausschabung mit nachfolgender Irrigation nachzuschicken ist, um eine etwa mögliche Infection schon im Keime zn ersticken.

Die Gefahr einer Perforation des Uterus ist bei frischen Aborten nur bei Anwendung von Gewalt möglich. In späteren Zeiten muss man mit dieser Gefahr rechnen, doch kann das nur bei ungeschickter Handhabung der Instrumente geschehen.

Haben Sie es aber mit einem schon inficirten Uterus zu thun, bei dem die Infection möglicher Weise schon auf die Parametrien übergegangen, so würde ich Ihnen den Rath geben, zur besseren Fixirung des Organes in die hintere Muttermundslippe auch eine Kugelzange zu setzen und den Uterus nicht anzuziehen. Die Operation ist schwieriger, gelingt aber bei einiger Vorsicht ganz gut. Sollten Sie dagegen schon Exsudat in der Peritonealhöhle nachweisen können, so wählen Sie von zwei Uebeln das kleinere, rühren Sie den Uterus weiter nicht an, und machen Sie täglich nur 2 sehr vorsichtig ausgeführte Irrigationen in denselben, sonst haben Sie voraussichtlich eine foudroyante allgemeine Peritonitis.

Die Nachbehandlung besteht nur bei zersetzter Frucht und Placenta aus täglich 2—3-maligen Scheidenirrigationen und einem Eisbeutel auf den Unterleib. Im Uebrigen lasse ich nur äussere Genitalwaschungen machen. Secale gebe ich zur besseren Involution der Gebärmutter regelmässig 3 Tage hindurch zu etwa einer Drachme pro die, oder 6 Gran Extr. secal. Bouj., und verordne ausserdem strenge Diät und Ruhe.

Erlauben Sie, meine Herren, dass ich Ihnen nun zum Schlusse als Bekräftigung der oben angeführten Grundsätze aus meiner 18-jährigen Praxis folgende Notizen anführe: Meine Thätigkeit in der Behandlung von Fehlgeburten bestand bis zum Jahre 81 in einem rein exspectativen Verfahren mit schüchternen Versuchen in der Antiseptik und in der Lösung der Placenta, und beläuft sich in 8 Jahren bei einer *ländlichen* Klientel von etwa 10,000 Köpfen auf ganze 11 Fälle. Die damalige Tamponade, auf das Anrathen von Schröder aus der ersten Auflage seines Lehrbuches, vermittelst Leinwandstreifen, half garnichts. Der Muttermund war meistens schon geschlossen und nicht zu forciren. Ich half mir in der ersten Zeit bei excessiven Blutungen dadurch, dass ich eine mit einer etwa 1-procent. Alaunlösung gefüllte Ochsenblase — ein Irrigator befand sich damals als Unicum auf der chirurgischen Klinik — mit einem männlichen Catheter verband, und diese Flüssigkeit, ungefähr 2 Liter, unter mässigem Druck durch den Uterus fliessen liess; die in der Scheide liegenden Finger der anderen Hand fixirten den Catheter und controllirten genau den Rückfluss der Flüssigkeit. Von diesen 11 Patientinnen ist freilich keine gestorben, es haben aber 4 ein schweres fieberhaftes Wochenbett durchgemacht. Das würde eine Morbidität von 36,4% ergeben.

Von 1881—86, in welcher Zeit ich mit Carbolirrigationen, Wattetamponade und dem Finger arbeitete, habe ich bei einer *städtischen* Klientel von ungefähr 2000 Köpfen 36 Patientinnen in Behandlung bekommen. Von denselben erkrankten 6 an Endometritis puerperalis, 3 an Perimetritiden und 7 litten an protrahirten Blutungen, so dass dieselben späterhin doch noch dem Löffel verfielen. Das giebt ein Morbidität von 44,4%.

Von da ab bis jetzt bin ich nur operativ vorgegangen und zwar in 57 Fällen. Von diesen muss ich eine Patientin abrechnen, welche am 8. fieberfreien Tage nach einem Coitus mit ihrem Liebhaber eine Pelveoperitonitis acquirirte, die sie 8 Wochen lang an das Bett fesselte. 4 Aborte waren nachweislich durch den Blasenstich entstanden mit vorhergegangenem protrahirtem Verlauf. Von den 56 Fällen fieberten vorher 4, bei denen das Fieber sofort aufhörte. Die Uebrigen haben keine Temperaturerhöhung gezeigt. Aber nicht allein das: drei Mal wurde eine schon lange bestehende Retrodeviation aufgehoben; 2 Mal ein schon in früherer Zeit entstandenes Exsudat resorbirt; 4 Frauen hatten vernachlässigter chronischer Endometritis wegen abortirt. 2 von ihnen haben fernerhin concipirt, ebenso nachweislich 15 Frauen.

Winckel[34]) berichtet über seine *klinischen* Erfahrungen bei exspectativer Behandlung von 21,7% Morbidität und 0,6% Mortalität. Wie und wo wir operiren müssen, das wissen Sie, meine Herren, aus eigener Erfahrung zur Genüge. Ferner glaubt Winckel l. c., dass durch die Ausschabungen die Conceptionsfähigkeit leide. Nicht ich allein kann Ihnen hiermit den Gegenbeweis liefern, sondern auch Düvelius l. c. und Henricius l. c. stimmen darin voll-

[33]) Zur Kenntniss der Uterusschleimhaut. Zeitschr. f. Geburtshilfe und Gynäkol. Bd. X, Heft 1.

[34]) Ueber den Verlauf und die Behandlung etc. Münch. med. Wochenschrift 1888, № 28.

kommen überein, dass durch die Ausschabungen die Conceptionsfähigkeit nicht beeinträchtigt werde.

Von obigen 57 Frauen befanden sich 2 im 1., 8 im 2., 23 im 3., 20 im 4., 3 im 5. und 1 im 6. Monate der Schwangerschaft. Weiterhin bin ich 2 Mal zum Schaden der Frauen von meinen Grundsätzen abgewichen. Das eine Mal war kurz vor meiner Ankunft die Placenta im 4. Monat ausgestossen, jedoch nur mit Eihautresten. Die Patientin widersetzte sich einem Eingriffe und acquirirte am 2. Tage des Wochenbettes eine Perimetritis. Es handelte sich nämlich, wie ich später erfuhr, um einen criminellen Abort vermittelst Blasenstich. Das zweite Mal war die 5 Mon. alte Frucht in ihren vollkommen intacten Eihüllen mitsammt der Placenta ausgestossen worden. Ich unterliess jedweden Eingriff. Die Frau litt aber an einer chronischen Endometritis mit nachfolgenden Blutungen, welche damals gefahrlos und leicht bekämpft worden wären.

Leider habe ich Ihnen, meine Herren, bei der Knappheit der mir zugemessenen Zeit von 15 Min. nur Aphoristisches von diesem reichhaltigen Thema bringen können. Sie werden aber erkannt haben, dass die Fehlgeburt meistentheils ein Kunstproduct ist und deshalb nur künstlich beendet werden darf.

Ich schliesse mit dem Wunsche, dass ein Jeder von Ihnen die Segnungen dieser Methode erfahren möchte. Sie würden die Sprechstunden der Specialisten entvölkern und das Glück ganzer Familien mit begründen helfen.

Referate.

B e h r i n g und K i t a s a t o: Ueber das Zustandekommen der Diphtherie-Immunität und der Tetanus-Immunität bei Thieren. Aus dem hygien. Institut des Prof. K o c h in Berlin. (D. med. Woch. № 49).

B. fand bei seinen Studien an diphtherieimmunen Ratten und an immunisirten Meerschweinchen in der Diphtheriegift-zerstörenden Wirkung des Blutes von diphtherieimmunen Thieren die Richtung, in welcher die Unempfänglichkeit für Diphtherie zu suchen sei. Aber erst bei Anwendung der bei der Diphtherie gemachten Erfahrungen auf den Tetanus gelangte er mit K. zusammen zu folgenden, durch die Experimente bewiesenen Ergebnissen:

1) Das Blut des tetanusimmunen Kaninchens besitzt Tetanusgift-zerstörende Eigenschaften.

2) Diese Eigenschaften sind auch im extravasculären Blute und in dem daraus gewonnenen zellenfreien Serum nachweisbar.

3) Diese Eigenschaften sind so dauerhafter Natur, dass sie auch im Organismus anderer Thiere wirksam bleiben, so dass man im Stande ist, durch die Blut- bezw. Serumtransfusion hervorragende therapeutische Wirkungen zu erzielen.

4) Die Tetanusgift-zerstörenden Eigenschaften fehlen im Blute solcher Thiere, die gegen Tetanus nicht immun sind, und wenn man das Tetanusgift nicht immunen Thieren einverleibt hat, so lässt sich dasselbe auch noch nach dem Tode der Thiere im Blute und in sonstigen Körperflüssigkeiten nachweisen.

Zum Beweise dieser Sätze wird eine Versuchsreihe mitgetheilt. Ein Kaninchen wurde gegen Tetanus immunisirt (die Methode wird in der Zeitschr. f. Hygiene demnächst von K. mitgetheilt werden), wodurch es nicht nur gegen die Tetanusbacillen, sondern auch gegen das Tetanusgift Immunität erlangt hatte; von letzterem vertrug es das 20-fache der sonst für Kaninchen tödtlichen Dose ohne Schaden.

Zwei Mäuse, denen darauf 0,2 und 0,5 Ccm. des flüssigen, ungeronnenen Blutes dieses Kaninchens in die Bauchhöhle injicirt worden war, blieben auf Impfung mit virulenten Tetanusbacillen gesund, während die Controllmäuse starben. Das gleiche Resultat ergab die Vorbehandlung von 6 Mäusen mit 0,2 Ccm. des Serums desselben Blutes.

Mit diesem Serum lassen sich auch therapeutische Erfolge an bereits inficirten Thieren erzielen.

Ferner zerstört dieses Serum das Tetanusgift; nach 24 Stunden langer Einwirkung von 5 Ccm. Serum auf 1 Ccm. durch Filtriren keimfrei gemachter Tetanuscultur, war von letzterer selbst das 300-fache der sonst tödtlichen Dosis den Mäusen unschädlich.

Alle Mäuse, denen jenes Blut oder dessen Serum, allein oder mit Tetanusgift, injicirt worden war, blieben *dauernd* immun.

Die Consequenzen für die Behandlung diphtherie- und tetanuskranker Menschen ziehen die Verff. noch nicht. Dagegen hebt B. in seiner weiter unten referirten Arbeit (D. med. Woch. № 50) zum Schluss noch besonders die Heilwirkung des Blutes und Serums des tetanusimmunen Thieres für tetanusinficirte Thiere hervor. Denn es bleiben nicht nur dann die Mäuse vor der Erkrankung an Tetanus geschützt, wenn ihnen jenes Blut oder Serum gleich nach der Infection in die Bauchhöhle gespritzt wird; auch wenn schon mehrere Extremitäten tetanisch geworden sind und nach den sonstigen Erfahrungen der Tod der Mäuse in wenigen Stunden zu erwarten ist, falls keine Behandlung eintritt, selbst dann gelingt es noch mit grosser Sicherheit die Heilung herbeizuführen, und zwar so schnell, dass schon in wenigen Tagen nichts von der Erkrankung zu merken ist. Die Möglichkeit der Heilung auch ganz acut verlaufender Krankheiten ist darnach nicht mehr in Abrede zu stellen. S c h r ö d e r.

B e h r i n g: Untersuchungen über das Zustandekommen der Diphtherie-Immunität bei Thieren. Aus dem hygien. Institut des Prof. K o c h in Berlin. (D. med. Woch. № 50).

Nachdem B. die bereits von L ö f f l e r, dann von R o u x und Y e r s i n constatirte Thatsache erwähnt, dass Mäuse und Ratten von Natur diphtherie-immun sind, giebt er 5 Methoden der Immunisirung von Thieren gegen Diphtherie an (die erste von C. F r ä n k e l, die übrigen von B.). Die beiden ersten beruhen auf der Benutzung von Stoffwechselproducten, die von den Diphtheriebacillen in Culturen erzeugt werden und zwar:

1) Sehr zuverlässige Methode von C. F r ä n k e l (cfr. Berl. klin. Woch.), bestehend in Anwendung sterilisirter Culturen, mit deren Hilfe man in 10—14 Tagen Meerschweinchen für sonst tödtliche Impfungen unempfänglich machen kann.

2. Einwirkenlassen von Jodtrichlorid auf 4 Wochen alte Culturen (1:500) 16 Std. lang; dann Injection von 2 Ccm. zweien Meerschweinchen in die Bauchhöhle. 3 Wochen später wurden dieselben inficirt mit 0,2 Ccm. einer Diphtheriecultur, die 4 Tage lang bei Jodtrichloridzusatz (1:5500) gewachsen war. Das Controllthier starb in 7 Tagen, beide vorbehandelten Thiere blieben am Leben und vertrugen nach weiteren 14 Tagen die gleiche Menge einer voll virulenten Diphtheriecultur, die normale Meerschweinchen in 36 Std. tödtete.

Die beiden nächsten Methoden beruhen auf Benutzung von Stoffwechselproducten, welche von den Diphtheriebacillen im lebenden thierischen Organismus erzeugt werden:

3. Injection des bei an Diphtherie verendeten Thieren sehr häufig in der Pleurahöhle sich findenden bernsteingelben, bisweilen blutigen Transsudates, das in Menge von 10—15 Ccm. Meerschweinchen meist in einigen Tagen tödtet. Diejenigen von ihnen, welche die Injection überstehen, vertragen, nachdem sie sich erholt haben, solche Impfungen, die gesunde Thiere in 3—4 Tagen tödteten, ohne Schaden.

Die 4. Methode besteht in vorheriger Diphtherieinfection, deren deletäre Wirkung durch Behandlung mit Jodtrichlorid (subcutane Injection 1 %—2 % Lösung an der Stelle der Infection sofort nach der Inficirung) aufgehoben wird. Nach Heilung (durch demarkirende Entzündung und Schorfbildung) und Narbenbildung vertrugen behandelte Thiere voll-virulente Diphtherieimpfungen. Als Heilmittel für Diphtherie beim Menschen scheint Jodtrichlorid unbrauchbar, wie Versuche ergaben.

Endlich 5. kann man Thieren eine höhere Widerstandsfähigkeit gegen Diphtherieinfection geben durch vorhergehende Injectionen von Wasserstoffsuperoxyd (10 % Lösung, schwach sauer durch Schwefelsäure), während solche Injectionen nach der Infection den Tod beschleunigen. Diese Versuche werden noch fortgesetzt. — Diese letztere Methode der Immunisirung durch einfache Chemikalien ist vollständig neu; die Richtigkeit wird dadurch bezeugt, dass auch eine der Methoden der Immunisirung gegen Tetanus bei Kaninchen auf der ausschliesslichen Vorbehandlung derselben mit Jodtrichlorid beruht. — Auf den Menschen ist keine dieser 5 Immunisirungsmethoden anwendbar. — Die immunen Thiere sind geschützt sowohl gegen die Diphtheriebacillen, als auch die von ihnen gebildeten giftigen Substanzen.

Die Immunität kann durch Injection erheblicherer und wiederholter Giftmengen wieder verloren gehen und zwar um so rascher, je weniger sie befestigt war. — Die Immunität kann nicht auf „Giftgewöhnung“ beruhen, da es 1) Thiere giebt, die das Diphtheriegift gut vertragen, ohne jemals etwas damit zu thun gehabt zu haben, und weil 2) auch durch vorsichtigstes Steigen sich bei diphtherie-empfänglichen Thieren nie die geringste Gewöhnung erreichen liess. Dagegen sprächen dafür, dass die Giftwiderständigkeit auf einer besonderen Eigenschaft des von lebenden Zellen befreiten Blutes beruhe, folgende Thatsachen: 1) Injection von Blut (resp. Serum) nicht diphtherie-empfänglicher Thiere, wie Ratten, die grosse Mengen von Diphtheriegift erhalten hatten, bewirkte bei Meerschweinchen keine Vergiftungserscheinungen, während Blut diphtherie-empfänglicher, gleich behandelter Thiere solche hervorrief. 2) Auch das extravasculäre Blut diphtherieimmuner Meerschweinchen macht in gewissem Grade das Diphtheriegift unschädlich (Mittheilung, wie weit das Blut immunisirter Thiere therapeutisch zu verwerthen, erfolgt später). Bakterienfeindliche Einflüsse liessen sich dagegen weder im Blut der immunisirten, noch der immunen Thiere (Ratten) nachweisen, indem die Diphtheriebacillen bei Versuchen trotz desselben üppig wucherten. Schröder.



H. Krause: Mittheilungen über die bisher beobachteten Wirkungen des Koch'schen Mittels auf die Kehlkopftuberculose. (Berl. kl. Wochenschr. № 49).

Verf. referirt über seine mit dem Koch'schen Mittel an 14 Patienten gemachten Erfahrungen. Wesentlich Anderes als Hertel und Lublinski, deren Mittheilungen wir in № 48 unserer Wochenschrift wiedergegeben haben, ist auch von K. nicht angegeben worden. Bemerkenswerth ist, dass die localen Veränderungen, welche nach der Einspritzung des Koch'schen Mittels im Kehlkopf vor sich gehen, auf K. nicht immer den Eindruck gemacht haben, als handle es sich um Nekrose und Abstossung des erkrankten Gewebes, sondern dass es ihm in einigen Fällen geschienen hat, als ob die afficirten Gewebspartien durch einfache Resorption zum Schwunde gebracht würden. — K. ist unter Vorbehalt weiterer Erfahrungen der Ansicht, dass in Fällen von beginnender oder noch nicht weitergeschrittener Kehlkopfstuberculose eine Heilung durch das Koch'sche Mittel möglich sein wird. Bei vorgeschrittener Phthise des Larynx ist, schon wegen der Gefahr einer acut eintretenden Stenose des Kehlkopfes, die äusserste Vorsicht in der Dosirung des Mittels geboten. D—o.

E. Leyden: Bericht über die Anwendung des Koch-schen Heilverfahrens auf der I. medicin. Klinik vom 20. bis 27. November 1890. (Berl. klin. Wochenschr. № 50).

Auf der Leyden'schen Klinik sind im Laufe der oben angegebenen Zeit 38 Kranke mit sicher constatirter Lungentuberculose nach der Koch'schen Methode behandelt worden; die Art der Reaction ist durch Temperaturcurven illustrirt. Im Allgemeinen hat L. dieselben Erfahrungen mit dem Koch'schen Specificum gemacht, wie alle übrigen Beobachter. Intersssant ist jedoch, dass unter den 38 tuberculösen Kranken *fünf* auf die Injection des Mittels entweder garnicht reagirten, oder nur ganz geringe Temperatursteigerungen aufwiesen. — Andererseits hat L. auch 17 solchen Kranken, bei denen irgend welche Anzeichen von Tuberculose nicht vorhanden waren und die zum Theil nicht einmal als in dieser Beziehung suspect bezeichnet werden konnten, das Koch'sche Mittel injiciren lassen, und bei *sechsen* von ihnen ist auch schon nach kleinen Dosen diejenige Reaction eingetreten, welche als für Tuberculose charakteristisch angesehen wird. In manchen dieser Fälle dürfte es sich wohl um latente Tuberculose gehandelt haben, ob aber bei allen, das muss dahin gestellt bleiben. — Bemerkenswerth ist endlich, dass alle Pleuritiden (im Ganzen 5), die der Behandlung unterworfen wurden, lebhaft auf das Mittel reagirten; man kann darin eine Bestätigung der Anschauung finden, dass diese Erkrankung in der grossen Mehrzahl der Fälle tuberculösen Ursprunges ist. D—o.

A. Kállay (Karlsbad): Medicinische Revue für Balneologie, Hydro- und Mechanotherapie, Diätetik und Hygiene. (Jährlich 24 Nummern zu $1^1/_2$—2 Bogen. gr. 4°. Preis 8 Mk.).

Dies Organ, das seit dem April dieses Jahres besteht, füllt eine wichtige Lücke in der Weltliteratur aus. Die Haltung der ersten 15 Nummern, die uns vorliegen, ist streng wissenschaftlich, ausser dem Beiblatt „Curortezeitung", das einen mehr feuilletonartigen Charakter hat. Der Inhalt ist reich an Abwechselung, die Referate gut; das Blatt kann also durchaus empfohlen werden und verdient weite Verbreitung. Buch (Willmanstrand).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

O. Otto und A. Hasselblatt: Von den 14,000 Immatriculirten. 149 S. Dorpat 1891. C. Mattiesen's Verlag.

Wenn wir ausnahmsweise das Erscheinen dieses nicht medicinischen Buches unseren Lesern anzeigen, so geschieht es einerseits, weil der grösste Theil unseres Leserkreises auch zu den 14,000 Immatriculirten der Dorpater Universität gehört, deren Schicksale und Leistungen hier besprochen werden, und somit ein lebhaftes Interesse für den Inhalt des Buches haben wird, andererseits, weil in demselben ja auch unter anderem über die Jünger der med. Facultät berichtet wird, die seit den 88 Jahren des Bestehens der Universität Dorpat von derselben herangebildet worden sind.

Es ist ein grosses Material, aus dem die Verfasser ihre Zusammenstellungen gemacht haben, ein Material, dass sie selbst vor einem Jahre mit vieler Mühe zusammengestellt haben, — das den meisten unserer Leser wohlbekannte Album academicum der Universität Dorpat. Giebt dasselbe auch keinen Aufschluss über den Lebenslauf aller Jünger dieser Universität, so sind doch die sorgfältig gesammelten Nachrichten ausreichend, um die Frage zu beantworten, die den obersten Gesichtspunct der Verff. bei Abfassung der jetzt vorliegenden Arbeit bildete: Was hat die Universität Dorpat in den aus ihr hervorgegangenen Tausenden von Jüngern geleistet? Und die Beantwortung dieser Frage, begründet durch Zahlen und Namen, fällt höchst ehrenvoll für Dorpat aus. Berücksichtigen wir nur die uns speciell interessirende medic. Facultät, so ist aus derselben die stattliche Zahl von 2259 Doctoren und Aerzten hervorgegangen, und zwar verliessen die Universität als Doctoren 1163, als Aerzte 1096, ein vorzügliches Resultat, das nicht, wie bisweilen behauptet, dem leichten Examen zuzuschreiben ist; dafür legt der gute Ruf der Dorpater Dissertationen ein genügendes Zeugniss ab. — Nicht weniger rühmlich ist die stattliche Liste derer aus der Zahl dieser Doctoren und Aerzte, die im späteren Leben academische Lehrer und höhere Verwaltungsbeamte im Civil- und Militär-Medicinaldienst geworden. Professoren der Medicin sind aus Dorpat allein 87 hervorgegangen. — Was die nicht zu hervorragenden Stellungen Gelangten in ihrem Berufe geleistet, dass kann ein statistischer Bericht natürlich nicht wiedergeben, und doch birgt sich in diesem der Untersuchung nicht zugänglichen Theil die bedeutendste Leistung der aus Dorpat hervorgegangenen Aerzte, alle jene Arbeit, die zum Besten der leidenden Menschheit am Krankenbett geschehen ist, oft mit Aufopferung des eigenen Lebens, wovon aber nichts oder wenig bekannt wird; nur der 40 im Kriege gefallenen Aerzte ist in diesem Buche gedacht, eine verschwindende Zahl gegenüber der, die der Berufsarbeit zum Opfer gefallen.

Den Verfassern des Buches, das wir allen früheren Jüngern der Dorpater Universität aufs Wärmste empfehlen, gebührt unser Dank und sie können sich ruhig „der Hoffnung hingeben, dass ihr Buch, welches in ziffermässigen Belegen davon kündet, was die alma mater Dorpatensis dem Reiche, der engeren Heimath und der allgemeinen Wissenschaft gewesen ist, bei vielen ehemaligen Dorpatensern und überhaupt bei Allen, welche für diese Hochschule ein warmes Interesse hegen, freundlichen Empfang finden wird." Schroeder.

Protokoll der V. Sitzung des zweiten livländischen Aerztetages.

Wenden, 29. August 1890, 9 Uhr Morgens.

1. Dr. Ströhmberg-Dorpat demonstrirt das **Polymeter von Lambrecht** und bemerkt: der Feuchtigkeitsgehalt der Luft, sowohl die relative als die absolute Feuchtigkeit derselben, haben eine ebenso grosse Bedeutung für das Wohlbefinden des Menschen wie die Lufttemperatur. Wir können uns den verschiedenen Lufttemperaturen leicht adaptiren. Zu feuchte und zu trockene Luft wirken auf unseren Organismus ungünstig ein, die erstere erschlaffend, die letztere die Schleimhäute austrocknend. Für einen klimatischen Curort verlangt man einen 15° nicht erreichenden Thaupunct und eine relative Feuchtigkeit von 60% bis 75%, jedenfalls aber nicht weniger als 40%. Dieselbe Forderung gilt für unsere Wohnungen, welche namentlich im Winter meist zu trocken sind und oft Catarrhe der Respirationsschleimhäute veranlassen und unterhalten. Daher ist das Hygrometer ein für Arzt und Familie gleich wichtiges Instrument. Ref. empfiehlt das Lambrecht'sche Polymeter als zuverlässig.

Dr. Baumgart bemerkt zur Empfehlung des Instrumentes, dass das Haarhygrometer, welches der Berechnung zu Grunde gelegt, nicht absolut zuverlässige Resultate giebt, daher die daraus gezogenen Schlussfolgerungen mitunter recht falsch sein können.

Dr. Ströhmberg hat persönlich das Polymeter nicht mit dem Psychrometer verglichen, solches hat aber Wild in St. Petersburg gethan und eine genaue Uebereinstimmung beider Instrumente gefunden. Bei diesen Vergleichen müssen die für das Psychrometer erforderlichen Cautelen beobachtet werden, d. h. Anfeuchtung des Haars im Laufe von 1 bis 2 Wochen einmal, Vermeidung der Einwirkung directen Sonnenlichtes oder des Windes auf das Instrument.

Dr. Neuwald empfiehlt das Strohhygrometer von Wolpert als einfach, wohlfeil und ziemlich dasselbe leistend, wie die theueren und complicirten derartigen Instrumente. Anfeuchtung von Zeit zu Zeit nothwendig.

2. Dr. Selenkow-St. Petersburg spricht: **„Ueber Mittelohreiterung und Gehirnabscess"** mit Demonstration eines anatom. Präparates. (Der Vortrag wird in der St. Petersb. Med. Wochenschrift in extenso erscheinen).

3. Prof. Dr. Körber-Dorpat demonstrirt einen nach Angaben von Flügge construirten Apparat zur Desinfection der Oberkleider.

4. Prof. Dr. Körber spricht: **„Ueber Desinfection der Oberkleider".**

Zu diesem Zwecke wird gegenwärtig vornehmlich der strömende Wasserdampf benutzt. Folgende Modification des Koch-schen Dampftopfes lässt sich in jedem Bauerhause mit Leichtigkeit herrichten. In jeder Waschküche findet sich ein eingemauerter eiserner Kessel. Zweitens bedarf es eines Fasses, dessen einer Boden ausgeschlagen wird. Ist der Umfang des Fasses kleiner als der des Kessels, so wird aus Brettern ein Zwi-



schenring angefertigt, entsprechend dem Zwischenraume. Im Innern des Fasses werden in den Boden einige Nägel eingeschlagen und umgebogen zum Aufhängen der Kleiderbündel. Die Kleider werden zusammengerollt, geschnürt, über die Haken gezogen und so befestigt. In das Spundloch wird ein mit Watte umwickeltes Thermometer, welches über 100° anzeigt, hineingeschoben.

Um das Fass und die Kleider vorzuwärmen, erfolgt das Verpacken vor dem brennenden Ofen. Sobald das Wasser kocht, wird das mit den Kleiderbündeln beschickte Fass auf den Kessel gestellt. Von dem Moment ab, wo der ausströmende Wasserdampf 100° erreicht hat, wird das Kochen noch eine Stunde lang fortgesetzt, dann wird das Fass rasch abgehoben, die Kleider aufgewickelt und so lange durch die Luft geschwenkt, bis sie völlig trocken sind. Die nach dieser Methode desinficirten wollenen, grell gefärbten Kleider erweisen sich unverdorben in Bezug auf Form und Farbe. Die in die Kleiderjacken eingewickelten Milzbrandsporen in sterilisirten Reagensgläschen waren abgetödtet.

Dr. Heerwagen begrüsst freudig jeden Beitrag zur Lösung der Desinfectionsfrage und in diesem Sinne auch den Vortrag von Prof. Körber, in welchem er, soweit H. bekannt, zum ersten Mal den Nachweis an die Oeffentlichkeit brachte, dass die Methode (Waschkessel, Fass), welche durch Ministerialerlass allen preussischen Regierungspräsidenten etc. am 14. Juni 1884 empfohlen wurde, thatsächlich Milzbrandsporen zu vernichten im Stande ist.

Die gasförmigen Desinfectionsmittel scheinen H. nicht so absolut verlässlich, wie Prof. Körber meint. In jüngster Zeit sei die Nachricht durch die politischen Tagesblätter gegangen, die St. Petersburger öffentl. Desinfectionsanstalt desinficire Pelze durch Chlor — das erklärt H. auf Grund eigener Experimente für unmöglich. Es gelang dies nicht selbst bei 50% Vol. Chlor im Glasgefäss.

Dr. Apping macht auf den Budenberg'schen Desinfectionsapparat aufmerksam, der dasselbe leistet, wie der von Flügge angegebene, für den Praktiker und Landarzt aber insofern vortheilhaft ist, als er mit einer Spiritusflamme für ein Billiges in Action gesetzt werden kann und auch selbst weniger theuer ist.

Dr. Hoffmann-Adsel: Chlor ist wegen seines schweren specifischen Gewichtes in Procentsätzen nicht anwendbar, indem im Desinfectionsapparate immer zwei Schichten sein werden, die untere schwerere aus Chlor und zwar reinem, also unbrauchbar, weil zu stark wirkend, und die obere aus atmosphärischer Luft bestehend, also wirkungslos.

Dr. Heerwagen: Chlor wurde durch Uebergiessen von Chlorkalk mit Salzsäure im Ueberschuss entwickelt und der Chlorgehalt volumetrisch berechnet. Die Fellproben lagen auf dem Boden des Gefässes. Dass Chlor eher bleiche und die Zerreissbarkeit von Zeug sehr ungünstig beeinflusse, als desinficire, sei theoretisch zu erwarten und von Fischer und Proskauer in praxi nachgewiesen.

Dr. v. Rieder hat vor 3 Jahren in Werro bei Gelegenheit einer Pockenepidemie Versuche angestellt, durch Chlorgas Kleider und Wäsche zu desinficiren, wobei alle Gewebe sehr schnell gebleicht und mürbe wurden.

5. Discussion über den vorigjährigen Vortrag Dr. C. Ströhmberg's: „**Ueber schwere und leichte Verletzungen**" (cfr. St. Petersb. Med. Wochenschr. № 4. 1890).

Dr. Petersenn-Wenden fragt, zu welcher Art der Verletzung unzweifelhaft ernste Fälle, z. B. in die Lunge penetrirender Messerstich, der aber unerwartet glücklich zu vollständiger Heilung in ca. 2 Wochen verlief, zu rechnen wäre. Die Gerichte rechnen nämlich meist glücklich verlaufene Fälle (die ja jetzt unter Antisepsis weit leichter verlaufen als früher) zu den leichten.

Dr. v. Raison-Doblen fragt, die Classification ungenügend findend, zu welcher Classe ein Fall zu rechnen, den er vor einigen Jahren erlebte. Bei Gelegenheit eines Marktes erhielt ein Krüger einen Ziegelstein an den Kopf geworfen. Commotio cerebri. Comatöser Zustand von ca. 8 Stunden, Sprachlosigkeit, starre Pupillen, gerissene Wunden, die den Schädel blosslegten. Desinfection der Wunden, Naht, prima intentio nach 4 Tagen, bis auf unbedeutendes Wüstsein des Kopfes Gesundheit. Trotz guten Ausganges gehöre dieser Fall in die Classe der schweren Verletzungen.

Dr. Ströhmberg: Eine Verletzung mit ursprünglich schweren Erscheinungen, die aber in kurzer Zeit ohne schlimme Folgen heilt, würde er als leichte bezeichnen, im Gutachten aber durch einen Zusatz auf das Aussergewöhnliche eines solchen Verlaufes hinweisen.

Dr. Kusmanow proponirt, nur nach dem direct als Folge der rechtswidrigen Handlung hervorgegangenen Status das Urtheil über den Grad der Schwere einer Verletzung abzugeben, ohne Berücksichtigung dessen, ob dieselbe etwa durch rechtzeitige zweckmässige Behandlung in ihren Folgen gemildert, oder durch Vernachlässigung erschwert wird.

Dr. F. Schulz-Riga: Die Kategorien „schwer — minder schwer — leicht" sind in Parallelismus mit der Erwerbsfähigkeit zu setzen „aufgehobene — beschränkte — volle frühere Erwerbsfähigkeit". Nicht-Amtsärzte thun gut, sich der Kategorisirung zu enthalten. — Der Kategorisirung der Verletzung nach dem Resultat ist eine solche nach dem gebrauchten Instrument und der Art des Gebrauches vorzuziehen.

Dr. Hoffmann: An die Begriffe leichte und schwere Verletzung kann nicht mehr derselbe Maasstab gelegt werden, wie früher, weil das Gesetz zu einer Zeit aufgestellt worden ist, wo die ganze chirurgische Praxis noch auf einem anderen Standpunct sich befand. Durch die vervollkommnete Technik und die Erfolge der Antiseptik kann eine früher schwere Verletzung zu einer leichten geworden sein.

Dr. Ströhmberg: Es giebt sehr verschiedene Gesichtspuncte, von denen aus in den verschiedenen Staaten die Verletzungen beurtheilt werden. Die von Schultz proponirte Eintheilung nach der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist z. B. in Deutschland und Oesterreich gebräuchlich, bildet aber auch hier nicht das einzige Charakteristicum. Ebenso gut könnte Jemand die Eintheilung nach dem Code penal proponiren. Bei uns sind solche Classificationen aber nicht acceptabel, da wir die autoritative Definition der Redactionscommission haben und diese für uns maassgebend sein muss. Zu Dr. Hoffmann bemerke er, die genannte Commission tagte 1883, also zur Zeit der antiseptischen Aera.

Dr. H. Dehio-Rothenberg: Bei Beurtheilung der Verletzungen ist streng auseinanderzuhalten die criminelle und die civilrechtliche Bedeutung derselben. Im ersteren Falle ergeben sich die Gesichtspuncte aus allgemein medicinischen Grundsätzen, in wie weit die Möglichkeit der Gefährdung des Lebens vorliegt, im zweiten Falle ist die ganze Lebensstellung des Verletzten, zusammengehalten mit den Folgen der Verletzung, das Maassgebende.

Dr. Hoffmann: Ein abwartendes Verhalten von Seiten des Arztes, ob der Richter den Fall civil- oder criminalrechtlich rubricirt, ist zur Zeit insofern nicht möglich, als die Polizei dem Arzte zuerst die Frage stellt, ob leichte oder schwere Verletzung vorliege und dann die Sache dem Friedensrichter oder dem Bezirksgericht übergiebt, d. h. als Civil- oder Criminalsache auffasst.

Dr. A. v. Bergmann: Die Erklärung der Pirogow'schen Gesellschaft wäre anzunehmen, allein mit dem Zusatz, dass zu den leichten Verletzungen solche nicht zu rechnen sein dürfen, welche notorisch nach den Grundsätzen der Chirurgie als schwere anzusehen sind. — Kommt eine Mammaria-Verletzung mit dem Leben davon, so kann diese Verletzung, die für gewöhnlich 80% Mortalität oder noch mehr hat, nicht zu den leichten Verletzungen gerechnet werden.

Dr. Hoffmann: Eine Definition, ob leichte oder schwere Verletzung, kann häufig nur durch ärztliches Schiedsgericht ohne Rücksicht auf die im Gesetz gegebenen Puncte gegeben werden.

Dr. A. v. Bergmann: Der Amtsarzt urtheilt — wenigstens ist er dazu berechtigt — nach den Folgen. Die Ungerechtigkeit eines solchen Urtheils ist bei Berücksichtigung des oben angeführten Beispiels der Mammaria-Verletzung eclatant.

Präses Dr. Truhart resumirt, die Wichtigkeit einer principiellen Besprechung der Frage nochmals betonend, den Gang der Discussion dahin, dass wohl darin Uebereinstimmung herrsche, dass der Privatarzt bei Beurtheilung von Verletzungen keine Classification vornehmen, sondern dieselbe ablehnen solle.

6. Dr. Mercklin-Rothenberg spricht: „**Ueber Dementia paralytica bei Frauen**".

Das Vorkommen der progr. Paralyse beim *weiblichen* Geschlecht wird bei uns von den prakt. Aerzten noch nicht genügend gewürdigt. Häufig gelangen solche Fälle in die Anstalt, ohne dass draussen die richtige Diagnose gestellt war. Vortr. bespricht daher kurz die Symptomatologie. In Bezug auf die Aetiologie giebt Vortr. eine Uebersicht über seine Erfahrungen in Rothenberg. Der Einfluss der Lues ist evident, doch ist sie wohl nicht die einzige Ursache. Unter den übrigen ist besonders das Klimakterium von Einfluss. Einen wesentlichen Unterschied der Frauenparalyse von der gleichen Erkrankung bei Männern kann man nicht nachweisen, die Unterschiede sind durch den Geschlechtscharakter bedingt. Von antisyphilitischen Curen hat Vortr. hier noch nie Erfolg gesehen. Für viele Fälle sind dieselben geradezu contraindicirt. Remissionen kommen auch ohne jede specifische Behandlung zu Stande. (Der Vortrag wird veröffentlicht werden).

Discussion vereinigt mit der nach dem Vortrag von

7. Dr. Ed. Schwarz-Riga: „**Zur Aetiologie und Therapie der Tabes dorsalis**", mit besonderer Berücksichtigung der Lues. (Wird veröffentlicht werden).

Dr. Lenz fragt, ob in den angeführten Fällen die Dem. paralytica eine Folge des Concubinats war, oder umgekehrt das Concubinat als ein Symptom der beginnenden Degeneration des Centralnervensystems angesehen werden konnte.

Dr. Mercklin: Sicher hatte nur das erste Verhältniss statt. Sämmtliche Pat. hatten viele Jahre bereits im Concubinat gelebt, ehe sich die ersten Symptome der Dem. paralytica geltend machten.

Prof. Dr. C. Dehio macht darauf aufmerksam, dass soweit er sich ein Urtheil darüber hat bilden können, auf der Section für innere Krankheiten des diesjährigen internat. medic. Congresses, die allgemeine Ansicht sich *für* die Annahme eines ätiologischen

Zusammenhanges zwischen Syphilis und Tabes entschieden zu heben scheint.

Dr. H. Dehio-Rothenberg: Trotzdem die progr. Paralyse und die Tabes nahe verwandte Krankheiten sind, ist doch die bei dieser oft wirksame Hg-Cur bei der ersteren ohne Erfolg und in einzelnen Fällen direct schädlich. Fragt, ob Dr. Schwarz auch die von Rumpf notirte Thatsache hat beobachten können, dass antiluetische Cur vor Auftreten der secundären Erscheinungen zu Erkrankungen des Nervensystems disponire.

Dr. E. Schwarz: Ja! Verweist auf den Fall B., den er heute ausführlich mitgetheilt. Durch gleich nach Auftreten der Sclerose inscenirte Behandlungen werden die Allgemeinerscheinungen zurückgedrängt oder soweit abgeschwächt, dass sie übersehen werden und in Folge dessen eine gründliche Behandlung unterbleibt.

Dadurch werden Fälle geschaffen, in denen man eben constatirt, dass Syphilitische, welche später an Tabes erkranken, anfänglich sehr wenig ausgiebig behandelt wurden.

Dr. Israelsohn: In der Wien. med. Presse hat sich Prof. Kaposi neuerdings entschieden gegen eine zu frühzeitige antisyphilitische Behandlung, namentlich vor dem Ausbruch der Secundärerscheinungen (in der Idee, dieselben dadurch hintanzuhalten), ausgesprochen. Er motivire diese Warnung damit, dass gerade eine zu überstürzte Behandlung Prädisposition für spätere Erkrankungen des Centralnervensystems schaffe.

Dr. E. Schwarz: Wie schon in der Antwort an Dr. Dehio angeführt, erzeuge eine frühzeitige antisyphilitische Behandlung des frischen Ulcus durum Verhältnisse, wie er sie bei allen seinen Fällen sah, — dass eben die Lues der später an Tabes erkrankten Patienten garnicht oder mangelhaft behandelt worden ist.

Dr. Mercklin wünscht, dass bei der Besprechung der therapeutischen Erfahrungen Paralyse und Tabes getrennt werden. Ueber den Nutzen der antisyphilitischen Therapie bei Tabes besitze er keine genügenden eigenen Erfahrungen. In Bezug auf die Paralyse müsse er aber seine obigen Behauptungen aufrecht erhalten. Was die patholog. Anatomie anbetreffe — die er in seinem Vortrage absichtlich nicht berührt habe — so sei in der neurolog. Section des internat. Congresses immerhin auch jene Anschauung vertreten gewesen, nach welcher bei der progr. Paralyse nicht ein von den Gefässen ausgehender Process, sondern Degeneration der Nervenfasern selbst das Primäre sei. Wenn diese primäre Degeneration der Nervenfasern wirklich das Wesen der Krankheit bezeichne, wäre es verständlich, warum antisyphilitische Curen keinen Erfolg haben. Man könne eben nicht erwarten, eine bereits in Entwickelung begriffene Degeneration rückgängig zu machen.

Prof. Dr. Dehio macht darauf aufmerksam, dass die Ansichten über das Wesen des pathol.-anatom. Processes bei der progr. Paralyse noch nicht einig sind, und dass daher vom Standpuncte des pathol. Anatomen über die Rathsamkeit einer etwaigen antiluetischen Cur bei dieser Krankheit nichts entschieden werden kann. Er fragt, ob nicht vielleicht, wenn es gelingen werde, die progr. Paralyse frühzeitig zu diagnosticiren, eine im ersten Beginne der Krankheit eingeleitete antisyphilitische Cur bessere Resultate würde erwarten lassen, als sie bis jetzt erzielt wurden?

Dr. Mercklin giebt den ersten Einwand von Prof. Dehio zu. Eben deshalb habe er in seinem Vortrage das interessante Gebiet der patholog. Anatomie nicht berührt und sei nur von empirischen Thatsachen über den Erfolg solcher Curen ausgegangen. M. sind Fälle bekannt, wo die progr. Paralyse Irrenanstaltsärzte betraf und wo die richtige Diagnose von den Anstaltscollegen vermuthlich schnell gemacht wurde, aber auch dort war der Verlauf der Krankheit derselbe perniciöse. In Bezug auf die Beurtheilung des Erfolges der antisyphilitischen Behandlung seien in Zukunft die verschiedenen Arten der Paralyse vielleicht mehr auseinanderzuhalten, insbesondere die Paralyse mit gleichzeitiger Erkrankung der Hinterstränge zu beachten (cfr. Thomsen: Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1890).

Dr. E. Schwarz: Die pathol. Anatomie der Paralyse werde nach Mendel's Referat auf dem X. intern. Congress in einen interstitiellen Process für den Beginn verlegt, der möglicherweise von den Gefässen ausgehe. Dies habe Rumpf in 2 Fällen von Paralyse bestätigt gefunden, die kleinsten Gefässe waren in derselben Weise erkrankt, wie bei anderen luetischen Erkrankungen. Die Ansicht Tuczek's wurde also nicht allgemein anerkannt. — In Bezug auf die Behandlung bekommen Anstaltsärzte Fälle zur Behandlung, in denen in Folge der luetischen Gefässerkrankungen schon so vorgeschrittene Degenerationen des Nervensystems vorliegen, dass eine antisyphilitische Behandlung diese nicht mehr repariren kann. Die Gefässerkrankung heilt wohl aus, aber der Defect bleibt. Daher ist es gerade wichtig, in einer Versammlung von prakt. Aerzten darauf hinzuweisen, dass in den frühesten Stadien eine energische Behandlung einzuleiten ist.

Was die angeblich schlechten Erfolge einer antiluetischen Cur anbetrifft, so ist darauf hinzuweisen, dass Ref. häufig bei Behandlung von Tabischen während der Cur eine sichtliche Verschlimmerung beobachtet habe, dass aber nach beendigter Cur eine bedeutende Besserung eintritt und dass bei wiederholten Curen dasselbe beobachtet wurde. Ref. beobachte augenblicklich einen Tabeskranken, der in einem Jahre 150 Inunctionen à ʒj gemacht habe (jede Cur betrug 20—30 Einreibungen) und der während jeder Einzelcur an Körpergewicht abnahm, später aber an Körpergewicht zunahm und schliesslich in einen sehr guten Zustand gekommen ist. Geht jetzt ohne Unterstützung andauernd, so dass ihm Niemand seinen Tabesgang auf offener Strasse ansehen kann.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— *Incontinentia urinae.* (Union méd. 1890, № 24). Rp. Extr. nucis vomic. 0,2, Ferri oxydati nigri 30,0, Ligni Quassiae pulv. 3,0, Syr. Absinth. q. s. ad pillul. № 20. D. S. 1—3 Pillen pro die. Abends vor dem Schlafengehen kalte Salzbäder, Enthaltung von Getränken am Abend.

— E. Pfuhl (Militärärztl. Zeitschr. Heft 4) hat sich der Mühe unterzogen, die Frage zu lösen, welches der geringste Gehalt an Sublimat wäre, bei welchem der Verbandstoff noch antiseptisch wirkt, d. h. die in denselben hineingelangten Bacterien in ihrer Fortentwickelung und in ihrem Wachsthum hemmt. Nach Proskauer beträgt der Sublimatgehalt frischer Verbandstoffe im Durchschnitt nur 0,32% und es ist vielfach erwiesen worden, dass das Sublimat in den Verbandstoffen allmälig abnimmt, indem es sich zersetzt und in unlösliche Verbindungen übergeht. Es wurde das Laplace'sche Verfahren der Prüfung angewandt: die Mullcompressen wurden mit der 5-fachen Gewichtsmasse einer präparirten Wundflüssigkeit durchtränkt, in den Brütschrank gestellt und bei einer Temperatur von 35° C. gehalten; dann wurde 1 Tropfen in ein Reagensröhrchen übertragen, welches ca. 7 Ccm. Gelatine enthielt; dasselbe wurde 14 Tage lang beobachtet. Vielfache Controllversuche wurden gemacht. Das Resultat war, dass „die Grenze für die antiseptische Wirkung der Weinsäure-Sublimat-Verbandstoffe zwischen 0,09 und 0,119% liegt". Nach Verfasser's Meinung bleiben die nach Anleitung der Kriegs-Sanitätsordnung angefertigten Sublimatverbandstoffe nach dem Trocknen steril, wenn sie vor Staub geschützt aufbewahrt werden.

— Stuver empfiehlt gegen hartnäckiges Erbrechen Cocain (0,0075) mit Antipyrin (0,06) combinirt, alle ½—1 Stunde. — Zur localen Anästhesie ist auch diese Combination (Cocain 5,0, Antipyrin 15,0, Aq. dest. 100,0) mehr zu empfehlen als Cocain allein. (Med. News).

Vermischtes.

— Am 4. December beging der Nestor der russischen Chirurgen, der ausseretatsmässige Professor emer. der operativen Chirurgie an der Universität Kiew, Geheimrath Dr. W. A. Karawajew, das *50jährige Jubiläum seiner Thätigkeit als Professor.* Sein 50jähriges Dienstjubiläum hat Prof. Karawajew, der gegen 80 Jahre alt ist, bereits im Jahre 1882 gefeiert. Was den Lebensgang Karawajew's anbelangt, so wurde derselbe am 8. Juli 1811 in Wjatka geboren und im Jahre 1836 als Arzt einer anderen russischen Universität zur weiteren Vervollkommnung in das damals bei der Dorpater Universität bestehende sogen. Professoren-Institut abdelegirt. Nachdem er im J. 1838 in Dorpat die Doctorwürde erlangt, fungirte er kurze Zeit als Ordinator am Marinehospital in Kronstadt, wurde aber schon im Jahre 1840 zum ausserordentlichen Professor an der soeben errichteten medicinischen Facultät der Universität Kiew ernannt. Im Jahre 1842 wurde K. ordentlicher Professor der Chirurgie daselbst und nach Ausdienung der gesetzlichen Dienstjahre mehrmals als solcher wiedergewählt. In den letzten Jahren fungirte K. als ausseretatsmässiger Professor der Chirurgie an der Universität Kiew, deren Ehrenmitglied er ist.

— Auf den *Lehrstuhl der plastischen Anatomie an der hiesigen Academie der Künste*, welcher seit dem Tode des Prof. Landzert unbesetzt war, ist der Professor der Anatomie an der militär-medicinischen Academie, Dr. Tarenezki, berufen worden.

— Der Landschaftsarzt des Kreises Tarussa (Gouv. Kaluga) J. S. Dobrotworski, welcher grosse Achtung und Liebe unter der örtlichen Bevölkerung geniesst, ist auf der letzten Landschaftsversammlung zum *Ehrenfriedensrichter* gewählt worden.

— Dr. A. A. Lipski hat sich mit Genehmigung der militär-medicinischen Academie als *Privatdocent für interne Medicin an der genannten Academie* habilitirt.

— Dem Chef der Quarantäne in Ssewastopol, Staatsrath Dr. Kosello, ist vom türkischen Sultan der *Osmanje-Orden III. Classe* verliehen worden.

— *Verstorben*: 1) Am 11. November in Tiflis der Ordinator des Tiflis'schen Militärhospitals K. L. Ssirski im 33. Lebensjahre an der Tuberculose. Der Hingeschiedene, welcher seine medicinische Ausbildung an der militär-medicinischen Academie erhalten hatte, war längere Zeit Assistent an der dermatologischen Klinik des Prof. Polotebnow hierselbst, siedelte aber im vorigen Jahre aus Gesundheitsrücksichten nach Tiflis über. Aus demselben Grunde schlug er auch die ihm angebotene Professur der Dermatologie an der Universität Tomsk aus. S. ist auch mehrfach literärisch thätig gewesen. — 2) In Moskau am 16. November der dortige Arzt Staatsrath Emanuel Rubinstein im



XV. JAHRGANG. **St. Petersburger** Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Dr. Carl Dehio, Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder, St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Theodor von Schröder in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33. Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 50 St. Petersburg, 15. (27.) December **1890**

Poliomyelitis und multiple degenerative Neuritis.

Von

Dr. med. Ernst von Hirschheydt.

prakt. Arzt in Moskau.

Die Ganglienzellen der Vordersäulen des Rückenmarkes bilden, wie bekannt. eine überaus wichtige Zwischenstation der motorischen Leitungsbahn vom Gehirn zu den Muskeln; aus ihnen gehen die motorischen Nervenfasern hervor, die sog. Wurzelfasern, deren Vereinigungen die vorderen Wurzeln bilden; letztere mit den aus den Hintersäulen des Rückenmarkes stammenden hinteren Wurzeln vereinigt, verlaufen als gemischte Nervenstämme zur Peripherie.

Wir sehen hier also im Kleinen ein Bild sich wiederholen. wie wir es vom Gehirn her kennen: die weite Ausbreitung der motorischen Region der Grosshirnrinde, das Convergiren der motorischen Fasern durch den Stabkranz zur inneren Kapsel, weiterhin den Verlauf durch Hirnschenkel, Brücke, Pyramiden und Pyramidenbahnen. Auf einen immer engeren Querschnitt also finden sich die motorischen Fasern vereinigt, je weiter sie sich von der Hirnrinde entfernen, bis mit der Einschaltung der Ganglienzellen der Vordersäulen in die motorische Leitungsbahn ein Auseinanderrücken der motorischen Nervenfasern zu Stande kommt, dem dann wiederum eine um so engere Aneinanderlagerung derselben in den peripheren Nerven folgt. Es ist bekannt. dass es im Gehirn diese räumlichen Verhältnisse sind, die. bei nach Art und Umfang gleichen Läsionen, einmal eine vollständige Hemiplegie, das andere Mal vielleicht nur die Lähmung eines Muskels bedingen und es wird von vornherein zu schliessen gerechtfertigt sein, dass ein Gleiches im Princip für die Ganglienzellen der Vordersäulen, Wurzelfasern, Wurzeln, Plexus einerseits und die peripheren Nervenstämme andererseits gelten muss.

Die Pathologie hat die räumlichen Verhältnisse des Gehirns zur Ausbildung einer schon jetzt gerechte Bewunderung erregenden topischen Diagnostik verwerthet; auf dem Gebiete der topischen Diagnostik des Rückenmarkes ist sie weniger glücklich gewesen, ja sie drohte in den letzten Jahren, seit dem Aufkommen des Begriffes der multiplen degenerativen Neuritis einen Theil des Erreichten wieder einzubüssen.

Es ist E. Remak's grosses Verdienst, mit genialem klinischem Scharfblick auf eigenthümliche Combinationen poliomyelitischer Muskellähmungen als Erster aufmerksam gemacht zu haben, auf Gruppenerkrankungen von Muskeln, die dadurch ausgezeichnet sind, dass ihre Zusammengehörigkeit sich beim Zustandekommen complicirterer Bewegungen documentirt, während sie von verschiedenen Nerven abhängig sind.

Die Ursache solcher «electiver Lähmungen» konnte logischer Weise nicht in den peripheren Nerven, sondern nur an einem Puncte gesucht werden, wo die in Betracht kommenden Nervenfasern für die einzelnen Muskeln räumlich so angeordnet waren, dass sie durch ein und dasselbe schädigende Moment getroffen werden konnten. Es handelte sich um eine Localdiagnose und die anatomischen Verhältnisse wiesen auf das Rückenmark.

E. Remak erhärtete diese seine klinischen Beobachtungen nicht durch pathologisch-anatomische Befunde; das Material hierzu stand ihm nicht zu Gebote. Die von ihm

gelegentlich seines Aufsatzes über die Localisation atrophischer Spinallähmungen und spinaler Atrophien 1878 publicirten Fälle, die theils den Vorderarm- und Oberarmtypus, theils den Unter- oder Oberschenkeltypus boten, sind daher pathologisch-anatomisch nicht gestützt. Nur der sub № VI berichtete Fall sei hier wiedergegeben. Es handelt sich bei ihm nicht um eine Poliomyelitis, sondern um eine Blutung in den Cervicaltheil des Rückenmarkes. Die spinale Localisation an der erwähnten Stelle erachtet Remak durch die Verengerung der gleichseitigen Pupille und Lidspalte, sowie durch ausgesprochene Halbseitenläsion des Rückenmarkes für sicher gestellt. Die Lähmung am linken Arm bot einen ausgesprochenen Vorderarmtypus.

Muss man also zugeben, dass gelegentlich Blutungen im Rückenmark typische elective Muskellähmungen hervorrufen können, so ist von diesem Falle der Rückschluss gewiss ohne weiteres gestattet, dass Processe, die sich strenger localisiren, solch' typische Gruppenlähmungen in der Regel so klar zum Ausdruck bringen werden, als es hier der Zufall that. So tritt denn auch bei den exquisit chronischen Erkrankungen der Ganglienapparate der Vordersäulen, der amyotrophischen Lateralsclerose und der spinalen progressiven Muskelatrophie, der individualisirende Charakter der Atrophien besonders deutlich zu Tage, während in den acuten Fällen, der spinalen Kinderlähmung und den intensiven Poliomyelitiden überhaupt, wo die Affection offenbar anfangs die Vordersäulen in toto ergreift, zuerst natürlich meist gar kein Typus zu eruiren ist, und auch da, wo der Process nachträglich bis auf Reste abklingt, häufig die Typen verwischt erscheinen. Letzterer Umstand nun kann doch nur in dem Sinne verwerthet werden, dass während ausgesprochene Typen für spinale Localisation, verwischte oder mangelnde Typen nicht gegen eine solche sprechen.

Es ist nun aber doch die Thatsache, dass bei der amyotrophischen Lateralsclerose und der spinalen progressiven Muskelatrophie die individualisirenden Muskelaffectionen anstandslos auf eine Alteration der Ganglienapparate der Vordersäulen bezogen werden und werden müssen — Grund genug, ihr Vorhandensein auch bei Processen, die unter dem Bilde der Poliomyelitis verlaufen, auf die gleiche Localisation zu beziehen. Man muss doch bedenken, wie originell sich der Process auf einzelne Fasern der verschiedensten Nerven vertheilen müsste, um derartige Typen durch primär periphere Localisation zu erzeugen. Die Möglichkeit zugegeben, würde es sich hier um ein Curiosum handeln, während es am Rückenmark an der Hand der oben besprochenen anatomischen Verhältnisse leicht verständlich erscheint.

Andererseits nun aber ist erwiesen, dass die Läsion des bekannten Erb'schen Punctes am Halse über dem Schlüsselbein einen Oberarmtypus hervorruft und ist dieser Umstand seitens Schultze's für die Möglichkeit typischer Lähmungen auf peripherer Grundlage herangezogen worden. Wir wissen aber, dass der Fasernaustausch sich auch noch in den Plexus vollzieht, in den Nervenstämmen aber vollendet ist; ist somit ein Typus für Affectionen der ersteren denkbar, und nachgewiesen, so doch nicht für die peripheren Nerven. Es würde sich dann bei bestehender typischer Lähmung um die Frage handeln, ob ihre Ursache in's Rückenmark oder in die Plexus zu verlegen sei, ausgeschlossen aber bliebe immerhin das Gebiet der peripheren Nerven und die Differentialdiagnose, ob Rückenmark oder Plexus, würde sich nach der Meinung Remak's, bei der meist ausgesprochen peripheren Aetiologie der Plexusaffectionen, in der Mehrzahl der Fälle ergeben.

Es liegt in der Natur der Sache, dass die Ganglienzellen der Vordersäulen des Rückenmarkes, als Ausgangspunct der motorischen peripheren Nerven, den Ort der motorischen Leitungsbahn darstellen, auf den der centripetale Reiz hinübergeleitet werden muss, um eine reflectorische Muskelzuckung zu veranlassen; in ihnen also endet der Reflexbogen des Rückenmarkes, dessen Lage man für die einzelnen Reflexe annähernd zu bestimmen gelernt hat. Dieser Reflexbogen im Rückenmark steht nun in sicheren Beziehungen zu den Seitensträngen und zwar in der Weise, dass in letzteren reflexhemmende Fasern angenommen werden müssen, deren Zerstörung oder Beeinträchtigung zu einer Steigerung der Reflexe führt.

Erweitern wir nun den Reflexbogen des Rückenmarkes durch Hinzunahme der centripetal und centrifugal leitenden Nervenbahnen zu einem Kreisbogen, der sich in der Peripherie schliesst, so erhalten wir damit Verhältnisse, wie sie für die für uns in Betracht kommenden Affectionen die anschaulichsten sind und finden nun, dass eine Unterbrechung dieses Bogens, wo immer sie stattfinden mag, im centripetalen oder centrifugalen Theile desselben, in der Peripherie oder im Centrum, einen Ausfall von Reflexen hervorrufen muss, der aber für ein bestimmtes Nerv-Muskelgebiet nur da ein vollständiger sein wird, wo die betreffende Bahn in ihrem ganzen Querschnitt zerstört oder leitungsunfähig ist. Steigerung der Reflexe und normale Reflexe garantiren die Intactheit der für sie in Betracht kommenden Nervenleitung in allen ihren Theilen.

Die Bedeutung der Remak'schen Typen für die spinale Natur atrophischer Muskeldegenerationen erhielt nun in letzter Zeit eine werthvolle Unterstützung von einer Seite, wo man sie bisher merkwürdiger Weise nicht gesucht hatte: im Verhalten der Sehnenreflexe bei bestehender part. Entartungsreaction.

Es ist wiederum E. Remak, der das Verhalten der Sehnenreflexe zur Entartungsreaction einer klinischen Untersuchung unterzieht und das gleichzeitige Vorhandensein dieser beiden Erscheinungen für die spinale Natur der in Frage kommenden Affectionen entscheidend sein lässt. Denn seiner Beobachtung nach hat schon die leichteste Nervendehnung, die leichteste Schlafparese des Nervus radialis, wo es noch keineswegs zur Entartungsreaction kommt, einen Ausfall der Sehnenreflexe zur Folge. Was aber die Poliomyelitiden betrifft, so findet er in ihren ausgesprochenen Formen die Sehnenreflexe gleichfalls geschwunden, bezieht sich aber des Weiteren auf die Mittelform der chronischen Poliomyelitis, wie sie von Erb angegeben ist und indem er für die letztere neben Mittelform der Entartungsreaction erhaltene Sehnenreflexe an den degenerirten Muskeln constatirt, kommt er zu folgenden, aus seinen Beobachtungen sich ergebenden Schlüssen:

1) Steigerung der Sehnenphänomene, insbesondere Fussphänomene, kann mit partieller Entartungsreaction der entsprechenden Muskulatur nur bei spinaler Erkrankung einhergehen und zwar nachgewiesener Weise zunächst nur bei amyotrophischer Lateralsclerose.

2) Das Erhaltenbleiben der Sehnenphänomene, trotz ausgesprochener partieller Entartungsreaction ihrer Muskulatur kommt mit grosser Wahrscheinlichkeit nur bei atrophischen Spinallähmungen vor (Poliomyelitis anterior).

3) Das Fehlen der Sehnenphänomene bildet die Regel:

a) bei allen schweren amyotrophischen schlaffen Paralysen (mit aufgehobener Nervenerregbarkeit), sowohl spinalen (poliomyelitischen) als peripheren (neuritischen) Ursprunges und überdauert im Falle der Rückbildung lange die galvano-musculäre Entartungsreaction;

b) auch bei leichtester primär-peripherer degenerativer Neuritis gemischter Nervenstämme, vielleicht selbst ohne alle Lähmung;

c) bei absoluter peripherer (vielleicht auch Kern-) Lähmung auch ohne nachträgliche Entartungsreaction.

Diese eben aufgeführten Beobachtungen erscheinen besonders geeignet die Voraussetzung zu rechtfertigen, die an die anatomische Verschiedenheit der vorderen Säulen des Rückenmarkes gegenüber den peripheren Nervenstämmen geknüpft werden mussten; es zeigt sich auch hier, dass nach Art und Umfang gleiche Läsionen an den peripheren Nerven vollständigen Ausfall der Reflexe hervorrufen, wäh-

[un]d die Reflexbahn bei centralem Sitz der Affection erhalten bleiben kann. So wichtig nun auch diese Remak-schen Beobachtungen sind, so werthvolle Schlüsse ein Vorhandensein von Reflexen an den partielle Entartungsreaction bietenden Muskeln gestattet, so können wir uns doch nicht verhehlen, dass wir auf dieses wichtige Symptom in der Mehrzahl der Fälle werden verzichten müssen; liegt es doch in der Natur der Sache, dass wo Entartungsreaction aus spinaler Ursache besteht und es sich um weniger chronische Processe als die amyotrophische Lateralsclerose und die spinale progressive Muskelatrophie handelt, zum baldigen Ausfall der Sehnenreflexe alle Chancen vorhanden sind. Bis zu einem gewissen Grade würde dann das Vorhandensein von Reflexen an intacten Muskeln, während sie an den afficirten von dem gleichen Nerven innervirten Muskeln fehlen, für die spinale Natur der fraglichen Affection noch zu benutzen sein.

Die oben angeführten Betrachtungen haben uns gezeigt, dass die bis vor zehn Jahren herrschende Anschauung von der spinalen Natur der chronischen degenerativen Muskelatrophien durch klinische Thatsachen wohlgestützt erschien; suchen wir nach dem Grunde, der diese anscheinend sicher fundirte Auffassung zu Gunsten einer peripheren Aetiologie zurückzudrängen im Stande war, so finden wir ihn in dem herrschenden Begriff der secundären absteigenden Degeneration der motorischen Fasersysteme und in dem mit letzterem sich nicht deckenden pathologisch-anatomischen Befund der in Betracht kommenden Fälle.

Es ist eine unbestrittene Thatsache, dass die ersten Beobachtungen der multiplen degenerativen Neuritis unter dem Bilde der Poliomyelitis verliefen, erst die Section stempelte sie zu Neuritiden. Die degenerativen Veränderungen an den Nerven und Muskeln, als Ausdruck der von den Ganglienzellen der Vordersäulen absteigenden secundären Degeneration, mussten sich in erster Linie an den vorderen Wurzeln documentiren. Wenn sonst auch zuzugeben war, dass die von ihrem trophischen Centrum getrennte Nervenfaser in toto degeneriren musste, so war ein Freibleiben der vorderen Wurzeln ein Beweis dafür, dass man es mit keiner von den Ganglienzellen absteigenden Degeneration, mithin mit einer Neuritis zu thun hatte, ja es wurde jeder, bisweilen auch ein ganz respectabler, pathologisch-anatomischer Befund an den Ganglienapparaten einfach übergangen und vernachlässigt, weil er nicht gröber war, als der an den vorderen Wurzeln und dem Begriff der secundären absteigenden Degeneration widersprach. Die pathologisch-anatomische Diagnose also war ausschlaggebend für die Statuirung des Begriffes der multiplen degenerativen Neuritis gegenüber den in klinischer Beziehung wohl gestützten Poliomyelitiden. Nehmen wir aber die Aeusserungen Leyden's, die ihm die Symptome der fraglichen Affectionen mit einer Erkrankung der Nerven besser als mit einer solchen des R. M. zu stimmen scheinen lassen, so möge man uns verzeihen, wenn wir in ihnen ein ausschlaggebendes differentiell-diagnostisches Moment für die multiple degenerative Neuritis nicht finden können; auch die letzten Jahre haben in dieser Richtung für die degenerative Neuritis nichts erbracht, was mit einer Erkrankung der Ganglienapparate der Vordersäulen unvereinbar wäre, oder sich nicht als Folgeerscheinung einer solchen deuten liesse.

Die secundäre absteigende Degeneration hat zu ihrer Voraussetzung eine vollständige Trennung des degenerirenden Theiles von seinem trophischen Centrum. Es ist von Strümpell betont, dass hier der Process wohl besser als ein solcher aufgefasst werden sollte, wo der ganze seiner Ernährung beraubte Theil in allen seinen Abschnitten gleichzeitig und gleichmässig degenerirt; es würde somit die obige Bezeichnung nur der pathologisch-anatomische Ausdruck für eine im Anschluss an eine locale Vernichtung eingetretene Folgeerscheinung sein, den pathologischen Vorgang aber falsch bezeichnen, das der Wahrheit Entgegengesetzte aber vermuthlich treffen, wo es sich um keine Hemmung trophischer Einflüsse auf die ihnen unterstellten Gebiete handelt. Erb hat das Verdienst, mit der richtigen Würdigung der physiologischen Bedeutung trophischer Apparate und ihres normalen Functionirens für die Integrität der von ihnen versorgten Bezirke der herrschenden grob-anatomischen Richtung in der uns beschäftigenden Frage energisch entgegengetreten zu sein und zwar so nachdrücklich, weil so treffend, dass von seiner Publication an ein Umschwung in den Meinungen sich mehr und mehr geltend macht. Wie fruchtbringend Erb auch in dieser Richtung gewirkt hat, wird die Folgezeit noch lehren; er hat der Physiologie und ihrer Kehrseite, wie Beard sich treffend ausdrückt, der Pathologie das Uebergewicht über die pathologische Anatomie gewahrt, indem er letzterer nur den allerdings nicht hoch genug zu schätzenden Werth einer Hilfswissenschaft der ersteren zugesteht.

Wenn wir seit Flechsig's entwickelungsgeschichtlichen Untersuchungen wissen, dass die Vollendung der motorischen Leitungsbahn sich in absteigender Richtung vollzieht, wie die der sensiblen in aufsteigender, so erhellt hieraus auch die Richtung der trophischen Einflüsse für die gebildeten Systeme; die trophischen Apparate bilden gewissermaassen die Quellen, von denen aus lebenspendende Einflüsse fort und fort durch ihr Stromgebiet fliessen; versiecht die Quelle, so macht sich die Abnahme ihrer Leistungskraft zu allererst im periphersten Theil ihres Stromgebietes bemerkbar. Es giebt nun offenbar eine Grenze bis zu der der trophische Einfluss der Ganglienzellen der Hirnrinde geht und wo für den peripheren Theil der corticomusculären Leitungsbahn neue trophische Bezugsquellen eintreten. Nehmen wir nun eine Affection der trophischen Centren für den centralen Abschnitt der motorischen Bahn, eine Affection, die eine functionelle Störung der trophischen Apparate setzt, ohne sie von vornherein zu vernichten, so würde hieraus folgen, dass der Theil ihrer Provinz zuerst getroffen würde, der am weitesten von ihnen entfernt ist; mit Zunahme der Störung der Function der trophischen Apparate würde sich der Kreis ihrer Thätigkeit immer mehr einengen müssen, der Ausfall ihrer Function aber bedeutet Degeneration der betroffenen Gebiete. Es sind nun aber die entferntesten Bezirke für die Thätigkeit der corticalen trophischen Apparate die Pyramidenbahnen, die in unserem Falle aufsteigend degeneriren müssen; mit ihnen degeneriren die reflexhemmenden Fasern — es resultiren gesteigerte Reflexe. Situirt sich nun der Process auch in den Ganglienapparaten der Vordersäulen, für die eine Abhängigkeit von den cerebralen trophischen Apparaten durch die neuerlichen Beobachtungen Eisenlohr's und Borgherini's höchst wahrscheinlich erscheint, so resultirt aus der combinirten Erkrankung der centralen und peripheren trophischen Apparate das Bild der amyotrophischen Lateralsclerose. In den Nerven aber und zwar nur in ihren motorischen Theilen vollzieht sich eine aufsteigende Degeneration und zuletzt, als letztes Glied in der Kette, degeneriren auch die vorderen Wurzeln. Aber es liegt auf der Hand, dass der geschilderte Vorgang unter pathologisch-anatomischen Veränderungen verlaufen muss, die das *Gegentheil* von dem präsentiren, was unter secundärer absteigender Degeneration verstanden wird.

Schultze kommt für die Bleilähmung und die amyotrophische Lateralsclerose, bei welch' letzterer ihm der centrale Befund mit dem an den peripheren Nerven bisweilen in einem ausgesprochenen Missverhältniss zu stehen scheint (mit Rücksicht auf den Begriff der secundären, absteigenden Degeneration), zu der Auffassung dieser beiden Affectionen als Systemerkrankungen und bezeichnet die amyotrophische Lateralsclerose als Tabes anterior. Wie für die Tabes dorsalis eine gelegentliche Localisation in den peripheren Nerven anzunehmen sei, so auch für die amyotrophische Lateralsclerose; für die Bleilähmung aber ist die periphere die gewöhnliche Localisation, für sie wird eine spinale völlig geleugnet. — Warum sollte nicht die Tabes, localisire sie sich pathologisch-anatomisch wo immer

sie wolle, auf der Beeinträchtigung trophischer Apparate beruhen, ihr systematisches Vorgehen spricht doch sehr dafür; eine Gefässerkrankung, die vielfach als ätiologisches Moment in den Vordergrund gestellt wird, erklärt eine systematische Degeneration direct gewiss schwieriger, als auf dem Wege einer Schädigung trophischer Apparate. Die Analogie der Tabes mit der amyotrophischen Lateralsclerose, als Erkrankungen der gesammten motorischen und der gesammten sensiblen Leitungsbahn lässt bei der heutzutage nicht mehr zu beanstandenden ausschlaggebenden Bedeutung der Ganglienapparate der Vordersäulen für die amyotrophische Lateralsclerose, den Gedanken der Abhängigkeit der Tabes, einer pathologisch-anatomisch sich gleichfalls nur in Degenerationen äussernden Erkrankung der Nervenelemente, von functionellen Störungen trophischer Apparate nicht ungereimt erscheinen. In hohem Maasse für diese Anschauung sprechen auch die neuerdings von Strümpell referirten Beobachtungen Dejerine's über Muskelatrophien bei der Tabes; es kommt hierbei zu Erscheinungen, die sich auf eine Störung der trophischen Apparate, der sensiblen und motorischen Systeme, gleichzeitig und durch die gleiche Ursache (Syphilis!) bewirkt, mit grosser Wahrscheinlichkeit beziehen lassen.

Ich greife hier Einzelnes aus dem Strümpell'schen Referate heraus, verweise im Uebrigen auf den Artikel Mendel's (Neurologisches Centralblatt 1890, Seite 25): «Die Muskelatrophie der Tabetiker entwickelt sich stets langsam, am häufigsten zunächst an den Fussmuskeln, etwas weniger häufig an den kleinen Handmuskeln, selten an Vorderarm oder Rumpf. *In den oberen Extremitäten zeigt sich die Muskelatrophie ganz nach dem Typus der Duchenne-Aran'schen Krankheit an den kleinen Muskeln der Hände*, weit seltener an den Muskeln der Schulter und des Oberarmes; fibrilläre Zuckungen fehlten, in einzelnen Fällen konnte partielle Entartungsreaction nachgewiesen werden. Die anatomischen Untersuchungen zeigen, dass die Atrophie nicht abhängig ist von einer Läsion der grauen Vorderhörner im Rückenmark, sondern von einer *Degeneration* der motorischen peripheren Nerven, *welche an dem peripherischen Ende der Nerven beginnend nach aufwärts zu immer mehr abnimmt*. Nur in den ältesten Fällen konnte diese Degeneration bis zu den vorderen Wurzeln hinauf nachgewiesen werden. Somit schliesst sich diese von Dejerine nachgewiesene Degeneration der peripherischen motorischen Nerven an die viel häufigere, ja fast constante Erkrankung der sensiblen Nerven bei der Tabes an; die histologischen Muskelveränderungen bestehen in einfacher Atrophie der Fasern, zuweilen starker Pigmentirung, Vermehrung der Kerne etc.»

Im Sinne der von uns vertretenen Meinung müssten wir nun das wiederholen, worüber wir uns oben bereits ausführlich ausgesprochen haben. Legen wir aber den von Strümpell referirten Symptomen und pathologisch-anatomischen Befunden Dejerine's eine functionelle Beeinträchtigung der trophischen Apparate der Vordersäulen unter, *so finden wir die auffallende Uebereinstimmung des theoretisch zu Fordernden mit dem thatsächlich von Dejerine Eruirten.* — Die Beobachtungen Dejerine's sind von Strümpell augenscheinlich im Sinne einer peripheren Ursache der Muskelatrophien gedeutet, kräftigen aber in geradezu *beweisender* Schärfe und Genauigkeit die centrale Ursache derselben. Halten wir nun aber den Process an den motorischen Nervenfasern und Muskeln mit Strümpell als unmittelbar zu dem ausgedehnten tabischen Degenerationsprocess gehörig, so wird es nahe liegen für den Degenerationsprocess der sensiblen Bahnen in gleicher Weise functionelle fortschreitende Störungen trophischer Apparate verantwortlich zu machen, wie wir es für die motorischen Bahnen annehmen zu müssen glauben.

Vierordt vereinigt die Auffassungen Erb's und Schultze's von dem Wesen der Bleilähmung in seiner Theorie: es äussert sich die Bleiwirkung ganz gleichmässig auf alle Theile des motorisches Apparates, [...] ken aber zuerst die peripheren Theile, weil ers[...] Intensität des motorisch-trophischen Einflusses der Ga[...] zellen herabgesetzt sei und zweitens Widerstände [...] die Ernährungsstörung der Nerven für die Leitung [...]eses Einflusses sich eingestellt hätten; die Degeneration kann bis zu den Ganglienzellen aufsteigen. «Diese Auffassung, führt Vierordt weiter aus, würde der von Erb mehrfach vertretenen vom Wesen der peripheren Neuritiden nahe kommen, allerdings die von ihm verlangte vorwiegende Dignität der Vorderhörner nicht zugeben. Letztere erscheint nun aber in der Vierordt'schen Auffassung, wie leicht ersichtlich, bereits garantirt, denn die Störung der Ganglienzellen bringt ja auch V.'s Meinung nach die an der Peripherie zuerst sich manifestirenden, aufsteigenden Degenerationen hervor; dass eine gleichzeitige trophische Störung des Nerven durch das frei circulirende Gift, das natürlich überall hin dringt, mitunterläuft, kann der Theorie Vierordt's gegenüber der Erb's keine Selbständigkeit vindiciren. Aber es ist bemerkenswerth, dass Vierordt für die Bleilähmung den Standpunct Erb's mit unwesentlichen Einschränkungen acceptirt.

Wenn nun mit Abnahme der Intensität des trophischen Einflusses der Ganglienapparate sich eine Ueberanstrengung der peripheren Muskeln verbindet, so wird hieraus ersichtlich, dass die so häufig angeführte Aetiologie einer Ueberanstrengung beim Zustandekommen von Beschäftigungslähmungen in der Affection trophischer Apparate ihre Erklärung finden könnte.

Es zeigt sich, dass die Lähmung bei der acuten Poliomyelitis sich rasch in einzelnen Schüben ausbreitet und in ziemlich kurzer Zeit eine grosse Ausdehnung erreicht. Fast niemals aber bleibt sie in der erreichten Ausdehnung bestehen, sie vermindert sich vielmehr rasch und zieht sich auf dasjenige Gebiet zurück, welches dauernd gelähmt bleibt. (Strümpell).

Wir müssen also im Auge behalten, dass die acute Poliomyelitis der Kinder uns einmal ein Beispiel für das Zustandekommen einer spinalen Lähmung auf Grund einer sich rasch ausgleichenden *functionellen Störung der Ganglienzellen* liefert und ferner ein Beispiel für eine Lähmung abgeben kann, wo es sich um eine Störung trophischer Apparate handeln muss, da es in dem betroffenen Nerv-Muskelgebiet zu Entartungsreaction kommt, während noch nach einem Jahr und mehr Heilung eintreten kann; und endlich liefert die Poliomyelitis acuta der Kinder uns noch ein Beispiel für eine Lähmung, wo die Störung der Ganglienzellen eine so intensive ist, dass es zu keinem Ausgleich derselben mehr kommen kann, die eingetretene Degeneration des zugehörigen Nerv-Muskelgebietes eine bleibende sein muss. Es scheint nun höchst wahrscheinlich, dass wir es im ersten und zweiten Fall mit graduell allerdings sehr verschiedenen Functionsstörungen der Ganglienzellen, im dritten mit ihrer directen Vernichtung zu thun haben und wir haben somit in der Poliomyelitis der Kinder *den vollgiltigen Beweis für das Zustandekommen einer Degeneration in den motorischen Nervenfasern und den Muskeln auf Grund einer ausgleichsfähigen mithin rein functionellen Störung der Ganglienzellen der Vordersäulen.*

Wir haben es bei den Poliomyelitiden und verwandten Processen mit Organen zu thun, die offenbar eine verschiedene Widerstandskraft gegenüber deletären Einflüssen besitzen; es handelt sich einmal um Organe mit trophischen Functionen, das andere Mal um Leitungsorgane. Es ist schwer verständlich und a priori nicht denkbar, dass bei frei im Blute circulirenden Giften die mit relativ einfachen Functionen betrauten Leitungsorgane erkranken, die hoch organisirten trophischen Apparate intact bleiben sollten. Und nehmen wir an, es käme dies vor, wie wäre es möglich, dass die heterogensten Stoffe, wie beispielsweise das Blei und das Gift der Syphilis, an den peripheren Nerven in nichts unterschiedliche Veränderungen und doch nur der



motorischen Fasern hervorrufen? Leicht aber erklärt sich das trotz der verschiedensten veranlassenden Momente gleiche Befund in den peripheren Nerven aus einem ihrem Wesen nach vermuthlich stets verschiedener Störung des Chemismus der Ganglienzellen und der aus ihr resultirenden Ernährungsstörung für die motorischen Nervenfasern. Es ist eben klar, dass Alles, was die Ganglienzelle schädigt, ihre Function beeinträchtigen muss, deren Störung jedes Mal zur gleichen Degeneration der motorischen Nervenfasern führt; und es erscheint unverständlich, dass die ihrem Wesen nach verschiedensten schädigenden Momente die peripheren Nerven in gleicher Weise primär beeinflussen sollten. Von der Syphilis aber wissen wir, dass sie ausser einer der Bleilähmung analogen Affection noch ausgesprochene Neuritiden mit objectiv nachweisbaren Symptomen, wie Anschwellungen und Druckempfindlichkeit der Nerven, setzt; Neuritiden, die wir principiell von der sog. multiplen degenerativen Neuritis zu trennen haben, sowohl in klinischer als in pathologisch-anatomischer Beziehung.

Entgegnung auf Herrn Dr. F. Kubli's Artikel über Anilinfarbstoffe bei Augenkrankheiten.

Von

T. Höffel, prakt. Arzt in Strassburg.

Vor Kurzem ist mir der Artikel von Herrn Dr. Kubli in № 39 der St. Petersb. Med. Wochenschrift über Anilinfarbstoffe bei Augenkrankheiten zu Händen gekommen, in welchem immer und immer das indifferente Verhalten des Pyoktanins allen damit behandelten Augenkrankheiten gegenüber betont wird. Ich kann nicht umhin diesen Erfahrungen die meinen entgegenzuhalten: seit einiger Zeit habe ich vielfach Gelegenheit gehabt, die Anwendung des Mittels in der Klinik von Herrn Professor Stilling zu sehen, habe auch selbst schon eine grössere Anzahl von Augenleiden damit behandelt.

Verwandt wurden Lösungen von gelbem und blauem Pyoktanin zu 1°/₀₀, welche jeden dritten Tag ungefähr frisch hergestellt wurden, gelbe und blaue Stifte und die gelbe Salbe.

Von Conjunctivalkrankheiten wurden mit Tropfen und Pinselungen behandelt catarrhalische und purulente Formen, Verletzungen, mit Touchirungen und Tropfen die phlyctaenulösen Formen, ohne dass jemals die geringste Reizung beobachtet worden wäre. Bei den purulenten Formen war der Erfolg ein eclatanter: gleich nach dem Einträufeln der Lösung konnten die Patienten ihre Augen offen halten; war das Secret noch so reichlich und eiterig, so war der Normalzustand in höchstens 3 Tagen hergestellt, ja! ich erinnere mich eines Falles bei einem Kinde, wo der Eiter beim Eröffnen der Lidspalte geradezu hervorquoll: die Lider wurden umgekehrt, mit einer 1°/₀₀ Pyoktaninlösung gepinselt, hierauf ein Verband angelegt; am folgenden Tage war keine Spur einer Affection mehr zu sehen. Bei älteren Fällen, wo Substanzverluste im Hornhautepithel und zwar manchmal schon in ziemlich grosser Ausdehnung sich gebildet hatten, konnte die restitutio ad integrum in einem viel kürzeren Zeitraume hergestellt werden, als es mit irgend einem anderen Mittel zu erzielen gewesen wäre; von grossem Nutzen erwiesen sich dabei Scarificationen der Lidbindehaut mit nachfolgender Application von Pyoktanin in Tropfenform, auch Pinselungen besonders der Umschlagfalten. Von Verletzungen entsinne ich mich eines Falles: einem Maurer war vor einigen Tagen Kalk in das rechte Auge gespritzt; es bestand starke entzündliche Reaction der Conjunctiva, auch die Cornea war betheiligt, lebhaftes Schmerzgefühl, Sehvermögen erheblich reducirt. Einträufelungen der gewöhnlichen Lösung wurden 2 Mal täglich vorgenommen, die Schmerzen liessen alsbald nach. In 10 Tagen war von der Verletzung keine Spur mehr wahrzunehmen, obgleich es einer von den Fällen war, wo gewöhnlich Narben zurückbleiben. Bei Phlyktaenen wurde zuerst etwas Cocain eingeträufelt, hierauf wurden sie touchirt: öfters waren sie schon am nächsten Tage vollständig verschwunden. Ein indifferentes Verhalten des Pyoktanins diesen Affectionen gegenüber habe ich niemals constatiren können.

An einem trachomatösen Auge konnte während der kurzen Zeit das Mittel nicht angewandt werden, da diese Krankheit hier zu Lande zu den Seltenheiten gehört.

Bei Corneaerkrankungen: Keratitis phlyctaenulosa, parenchymatosa, traumatica, Ulcus corneae, bestand die Application in Tropfenform und zwar je nach der Schwere des Falles 1 Mal täglich oder zweistündlich, oder in Aussterilisirung des Geschwüres mit dem Stifte nach vorheriger Cocainisirung: sowohl in leichteren, wie in schwereren Fällen trat die Wirksamkeit des Mittels in evidentem Maasse zu Tage, der Process hörte alsbald auf, die Schmerzen liessen nach, die Hornhaut wurde vollständig durchsichtig, vollständige Heilung in kürzester Zeit.

Ulcus rodens und tiefere eiterige Augenerkrankungen kamen in den letzten Wochen nicht zur Behandlung.

Von Krankheiten der Lider wurden behandelt Blepharitiden mittelst Touchirungen mit dem Stifte oder Pinselungen mit der gewöhnlichen Lösung, welche letzteren bei frischen Fällen allein schon den gewollten Erfolg herbeiführen, oder mittelst Salben. Nach der ersten Anwendung dehnt sich das Leiden nicht weiter aus und in verhältnissmässig kurzer Zeit sind die Kranken von ihrem überaus lästigen Leiden befreit. Auch auf Hordeola wurde das Verfahren angewandt: bei einem derselben wurde von der Spitze aus die Höhle, welche von ziemlich grosser Dimension war, mit dem Pyoktaninstift vollständig schmerzlos touchirt, nachher etwas Pyoktanin in Pulver hineingebracht, damit auch die Oeffnung bestäubt. 2 Tage später konnte aus derselben ein grosser zusammenhängender Balg abgestorbenen Gewebes entfernt werden, wonach vollständige Heilung ohne weitere Absonderung und ohne Naht.

Meine Erfahrungen lauten somit ganz anders, als die des Herrn Dr. Kubli: von indifferentem und geradezu schädlichem Verhalten habe ich auch nie die Spur wahrnehmen können. Die schlechten Erfahrungen des Herrn Dr. Kubli kann ich mir nur so erklären, dass entweder mit zersetzten Mitteln gearbeitet worden ist, oder die Application des Mittels sonst wie eine ungeeignete war. Sind doch auch diese guten Resultate von einer unzweifelhaften Autorität, v. Hippel in Königsberg, in den wesentlichsten Puncten bestätigt worden[1]; sah er doch einen subcapsulären Linsenabscess ohne Eiterung heilen, als Pyoktanin in die vordere Kammer gebracht wurde. Aehnliches beschreibt auch Noguis.

Ich zweifle nicht daran, dass das Pyoktanin sich immer mehr in die Therapie einbürgern wird und zwar nicht bloss der Augenkrankheiten, sondern auch anderer chirurgischer Fälle. Mit welchem Rechte das Pyoktanin seinen Namen verdient, hatte ich erst in den letzten Tagen die Gelegenheit wieder bei einer eiterigen Fingergelenkswunde zu sehen: nach einer einmaligen Ausfüllung der Wunde mit Pyoktaninpulver hörte jegliche Eitersecretion auf, der vorher stark angeschwollene Finger war am zweiten Tage zum normalen Maasse zurückgekehrt.

Strassburg i/Els., Ende November 1890.

Referate.

Georg Groddeck: Ueber das Hydroxylamin und seine Verwendung in der Therapie der Hautkrankheiten. (Aus der dermatolog. Universitätsklinik von Prof. Schweninger, Berlin).

J. P. Eichhoff (Elberfeld): Für das Hydroxylamin in der Dermatologie. (Monatshefte für Dermatologie Bd. X, № 4 und 5).

Während Gr. einen ziemlich energischen Artikel gegen das Hydroxylamin richtet auf Grund klinischer Erfahrungen in besagter Abtheilung, tritt Eichhoff nichtsdestoweniger für sein Mittel ein. Aus den bisher über Hydroxylamin erschienenen Berichten scheint hervorzugehen, dass dasselbe ein brauchbares, jedoch keineswegs hervorragendes Präparat darstellt. Namentlich scheint es die bisher bekannten sogenannten reducirenden Mittel in keiner Beziehung — nicht einmal was seine Billigkeit anbetrifft — zu übertreffen, während es andererseits nicht ganz irrelevant quoad Reizerscheinungen zu sein scheint.

Insofern verdient es vorläufig wenigstens keinerlei Empfehlung.

E. Krug (Hungerburg).

Steiger: Ueber eine scheinbar typische Localisation luetischer Neuralgie. (New-York. Med. Monatsschr. № 8).

Verf. hat in den letzten Jahren nicht ganz selten bei Syphilitischen Neuralgien in Nervenbahnen auftreten sehen, welche gewöhnlich verschont bleiben und zwar erscheinen dieselben ausschliesslich spontan oder auf Druck innerhalb eines etwa 2—3 Querfinger breiten Streifens, welcher sich auf beiden Seiten des Schädels von der Ohrgegend aufwärts über den Schädel wie ein Kinderkamm erstreckt und Schmerzdruckpuncte im Gebiete der betroffenen Nerven, dem Auriculo-temporalis und Occipitalis aufweist. Es versteht sich von selbst, dass Schädelperiostitis ausgeschlossen werden muss und hat Verf. nie bei einer solchen die eben beschriebene Neuralgie auftreten sehen. Da nun diese, nach den Beobachtungen des Verf. 2—18 Jahre nach der zu Grunde liegenden Infection auftreten kann, so ist es begreiflich, dass der ätiologische Zusammenhang zwischen Lues und Neurose den Aerzten nicht geläufig ist. Alle Fälle (wie viele?) sind nach Jodkaliumgebrauch genesen. (Weshalb nennt aber St. diese Neuralgie *scheinbar* typisch, da sie doch nach seinen Ausführungen typisch zu sein scheint? Ref.).

Hinze.

[1] Berliner klin. Wochenschrift № 41.



Guyenot: Condurango und Condurangin. (Bullet. de thérap. Bd. 119, S. 166—179).

Nach einer eingehenden historischen Einleitung geht Verf. an die botanische und chemische Beschreibung des therapeutisch angewandten Condurango blanco (eine von 8 besondere Namen tragenden Sorten), welches von Pseus magennetus aequatoriensis Ruschenberger = Gonolobus condurango Trian abstammt, nach Kobert eine Substanz Condurangin enthält, von welcher es noch nicht sicher ist, ob sie aus einem oder mehreren Glykosiden besteht. Er bespricht dann die physiologische Wirkung des Condurango und des Condurangin, welches letztere nach Kobert die merkwürdige Eigenschaft hat, an Thieren ataktische Erscheinungen hervorzurufen, und berichtet dann über seine im Laboratorium des Hôpital Cochin und dem physiologischen Laboratorium der Pariser medicinischen Facultät angestellten Versuche. Er gab die Condurangorinde in Pulverform zu 2,0—4,0 pro die, in spirituöser Tinctur (20 Tinctur mit 80 Syr. Cort. Aurant.) 2—5 Esslöffel täglich. Ferner führt er die bekannte Friedreich-sche Formel an, dann die von Krauss: Extr. fluid. Condurango gutt. decem, Hydratis chlorali 1,0, Syr. Cort. Aurant. 20,0, Aqu. destillat. 120,0 d. 3—6 Esslöffel täglich und Rp. Pulv. Cort. Condurang. 15,0, Acidi muriat. dilut. gutt. 15, Syr. Cort. Aurant. 150 d. 2-stündlich 1 Esslöffel voll. Er giebt die praktisch wichtige Bemerkung, dass das Condurangin sich in Alkohol, aber sehr wenig in Wasser löse, weshalb die Tinctur zu vermeiden sei und dass in der heiss filtrirten wässerigen Maceration das Glykosid garnicht enthalten sei. Verf. fasst seine Resultate in folgende Sätze zusammen:

1) Das in Pulverform angewandte Condurango scheine bei den schmerzhaften Mageuaffectionen, bei geschwürigen und Reizzuständen der Magenschleimhaut wirksam zu sein;

2) die angeblich durch Condurango erhaltenen Heilungen von Magenkrebs beruhen auf einer falschen Diagnose und betrafen wahrscheinlich Fälle von Gastritis ulcerosa;

3) die eigenthümliche Wirkung des Condurangin beruhe wahrscheinlich auf der Bildung einer toxischen Substanz aus dem Glykosid durch Zersetzung im Organismus, weshalb

4) bis zu völliger Klarstellung der Conduranginwirkung die Condurangorinde zu benutzen sei. Hinze.

Schuster (Aachen): Aristol bei der Behandlung von nasopharyngealer Syphilose nebst einigen Bemerkungen über Aristol. (Monatshefte f. prakt. Dermatologie Bd. X, № 6).

Verf. hat bei einem Falle von schwerer tertiärer Nasensyphilis einen vorzüglichen Erfolg gehabt.

Die Anwendung geschah in Form von Einstäubungen des Thymoljodids in Substanz.

Als grosser Vortheil in der Rhinologie ist zu betrachten, dass das Pulver sich äussert fein zerstäuben lässt, so dass es z. B. nach Einblasung in die Nase beim Oeffnen des Mundes als feine Staubwolke zu Tage tritt; es ermöglicht dieser Umstand dem Mittel in die feinsten und engsten Falten und Spalten der Schleimhaut einzudringen und sie mit einem zarten Belage zu bedecken.

Verf. macht darauf aufmerksam, dass das Aristol in Collodium löslich ist und unter Zusatz von einigen Tropfen Ricinusöl zu einer 10% Lösung sich vorzüglich als haftendes Mittel z. B. auf Psoriasisflecken und Geschwürsstellen anbringen lässt.

In einem Falle von Psoriasis am Knie eines Knaben hat Sch. auch einen guten Erfolg gesehen.

Das Mittel scheint sich vorläufig zu bewähren und fordert zu weiteren Versuchen auf, vor Allem seiner reizlosen und alle toxischen Gefahren ausschliessenden Wirkungen wegen.

E. Krug (Hungerburg).

Wissenschaftliche Verhandlungen der Dorpater medicinischen Facultät.

Sitzung am 22. November 1890.

Vorsitzender: Herr Thoma.
Berichterstatter: Herr Kobert.

1) Herr Krüger kommt nochmals auf seine schon von ihm besprochenen (cfr. № 5 v. J. 1889 dieser Wochenschrift) Arbeiten zurück, welche sich auf den **Hämoglobingehalt des arteriellen und venösen Blutes der Milz, der Leber und der Nieren** beziehen.

In diesen Arbeiten ist nachgewiesen worden:

a) dass das Milzvenenblut in der Regel mehr Hämoglobin enthält, als das arterielle Blut und

b) dass das Nierenvenenblut regelmässig weniger Hämoglobin enthält, als das arterielle Blut.

Diese Resultate beweisen, wie sich durch Rechnung nachweisen lässt, dass in der Milz Hämoglobin nicht bloss zerstört, sondern auch neu gebildet wird und dass dagegen in den Nieren das Hämoglobin nur zerstört wird.

Die Beweiskraft der vom Vortragenden erzielten thatsächlichen Resultate ist nun von Röhmann auf Grund theoretischer Raisonnements bestritten worden, und Herr Krüger benutzt diese Gelegenheit, um in einer Replik gegen Röhmann seine Ansichten zu vertheidigen und in vollem Umfange aufrecht zu erhalten.

2) Herr Thoma spricht: **„Ueber das Verschwinden des Milzpigmentes nach Unterbindung der Milzvenen“.**

Das Blut kreist in der Milz in geschlossenen Bahnen, wie durch eine Reihe von Versuchen unter Leitung des Vortragenden von N. Sokolow (Virch. Arch. Bd. 112) erwiesen wurde.

Unterbindet man die Milzvenen bei Kaninchen und Hunden, so tritt in Folge der venösen Stauung zunächst eine strotzende Füllung der Venenplexus, der Milzpulpa und sodann ein Oedem der Maschenräume der Milzpulpa ein, indem reichlichere Mengen von Blutplasma in letztere transsudiren.

Erst nach halbstündigem Verschluss der Milzvenen gelangen, unter gewaltiger Anschwellung des Organes, auch grössere Mengen rother Blutkörper in die Maschenräume der Pulpa und zwar zwischen den Endothelzellen der Pulpavenen hindurch auf dem Wege der Diapedese.

Nachdem durch diese Untersuchungen Sokolow's eine sichere Methode gefunden war, die rothen Blutkörper in Menge in die Maschen des Pulpagewebes überzuführen, erhob sich naturgemässer Weise die Frage nach dem weiteren Schicksale derselben und nach ihren Beziehungen zum Milzpigment.

Diese Frage wurde gleichfalls unter Leitung des Vortragenden von Wicklein (Inaug.-Diss. 1889, Dorpat) in Angriff genommen. Es zeigte sich indessen, dass die rothen Blutkörper im Laufe einiger Tage spurlos aus der Milzpulpa verschwinden, wenn man nach halbstündiger Stauung die Ligaturen an den Milzvenen wieder löst. Auch findet dabei keine nachweisbare Aenderung in dem Pigmentgehalte der Milz statt.

Es ist anzunehmen, dass nach Lösung der Ligaturen und nach Wiederherstellung des Kreislaufes, die rothen Blutkörper allmälig durch die Contraction der muskelreichen Milztrabekel wieder in den Blutstrom zurückgepresst werden.

Es hat daher unter Leitung des Vortragenden Panski (Inaug.-Diss., Dorpat 1890) weitere Versuche angestellt, bei denen die Ligaturen der Milzvenen nicht gelöst wurden. Unter diesen Bedingungen wird 24 Stunden nach Beginn der venösen Stauung das Pigment im Milzgewebe spärlicher, um 3½ Tage nach Anlegung der Venenligaturen vollständig oder nahezu vollständig zu verschwinden.

Vorzugsweise überzeugend waren für dieses Ergebniss eine Reihe von Versuchen, bei denen nur ein Theil der Milzvenen unterbunden wurde. Einige Tage später fand sich dann ein ganz auffälliger Contrast zwischen dem pigmentfreien Stauungsgebiet und den, wie gewöhnlich, pigmentreichen, unveränderten Abschnitten des Organes.

Nur unmittelbar unter der Milzkapsel bleibt im Stauungsgebiet öfters eine 0,1—0,7 Mm. breite Zone hochgradig blutüberfüllten Milzgewebes pigmenthaltig.

Diese Ergebnisse führen bei genauerer Prüfung zu der Vermuthung, dass der durch die Venenligaturen und durch die damit bewirkte Unterbrechung des Blutumlaufes in der Milz erzeugte Sauerstoffmangel das Verschwinden des Pigmentes zur Folge habe. Nur unmittelbar unter der Milzkapsel ist die Möglichkeit eines Sauerstoffzutrittes von benachbarten, blutdurchströmten Organen her gegeben, so dass hier eine oberflächliche, allerdings sehr schmale pigmenthaltige Zone bestehen bleibt.

Diese Angaben beziehen sich sowohl auf das braune Milzpigment, welches Eisenoxydreaction giebt, als auf dasjenige, welches Eisenoxydulreaction zeigt. Die Versuche über Pigmentirung wurden sämmtlich an Hunden angestellt.

3) Herr Kobert spricht: **„Ueber die Wirkungen des Cadaverins“** nach Versuchen an verschiedenen Thierspecies. Der Vortrag ist in extenso in den Therapeutischen Monatsheften im Druck. Er ergiebt, dass Baumann Recht hat, wenn er *das salzsaure Salz dieser Base als ein sehr schwaches Gift bezeichnet*. Die Versuche wurden mit synthetischem und mit animalischem Cadaverin angestellt.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— In der „Semaine medicale“ wird *gegen Epilepsie Borax* sehr gerühmt: Natr. biboracici 1,0—4,0. Syr. cort. aur. 30,0, Aquae destill. 100,0. Auf 2 Mal Morgens und Abends zu nehmen, oder: Natr. biboracici 10,0, Glycerini 6,0, Syr. cort. aur. 94,0. Esslöffelweise zu nehmen. (Wien. Med. Woch. № 42.)

— Schott: *Ueber Facialisdehnung bei clonischem Facialiskrampf.* (Deut. med. Woch. № 44). Einer 31jähr. Frau, seit 5 Jahren an typischem rechtsseitigem Facialiskrampf leidend, wird im October 1887 die Dehnung eines etwa 2 Mm. dicken Aestchens des Facialis in der Höhe des äusseren Gehörganges mittelst eines Seidenfadens in Chloroformnarcose gemacht. 4 Stunden nach der Operation complete Facialislähmung. 5 Monate später schwindet diese, dafür fast vollständiges Recidiv des Krampfes.



— *Mittel gegen Wehenschwäche.* H. W. Freund giebt im Centralblatt für Gynäkologie 1890 № 26 an, dass Reizungen der Brustwarze durch den constanten Strom eine Contraction des Uterus auslösen. Denselben Zweck erreichte er durch Einwirkung eines trockenen Schröpfkopfes. Er versuchte nun beide Methoden zu combiniren: In einem gläsernen Schröpfkopf ist eine Messinghülse, welche zur Aufnahme eines feuchten Schwammes dient, derart eingelassen, dass die Hülse in Verbindung mit einer Batterie gesetzt werden kann. Der Schröpfkopf wird in der gewöhnlichen Weise über der Mamilla angesetzt. Die sich hineinziehende Haut berührt den Schwamm, so dass, wenn die zweite Elektrode auf den Bauch zu liegen kommt, die elektrische Kette geschlossen ist. Es genügen Ströme von 10—12 Milli; die Schmerzen sind dabei gering. Verf. hat bei Wehenschwäche ausgezeichneten Erfolg gesehen. In 1 Fall, in welchem 14 Tage lang alle üblichen wehenerregenden Mittel vergebens angewandt wurden, erzeugte das Ansetzen des elektrischen Schröpfkopfes sofort eine kräftige Wehe.

Vermischtes.

— In letzter Zeit weilten hierselbst drei der medicinischen Welt recht bekannte Persönlichkeiten, und zwar Prof. Dr. Pfuhl, der Schwiegersohn und Mitarbeiter Prof. Rob. Koch's aus Berlin, Dr. Chamberlain, der langjährige Mitarbeiter Pasteurs aus Paris und Dr. Watson-Cheyne aus London. Alle drei waren als Repräsentanten Deutschlands, Frankreichs und Englands einer Einladung des Prinzen *Alexander von Oldenburg* zur Eröffnungsfeier des neuerbauten Instituts für Experimentalmedicin gefolgt.

— Am 8. December fand hierselbst die *Einweihung des von dem Prinzen von Oldenburg erbauten Instituts für Experimentalmedicin* in Gegenwart mehrerer erlauchter Personen, der Minister des Innern und der Reichsdomänen, der obengenannten ausländischen Gelehrten, sowie zahlreicher distinguirter Persönlichkeiten statt. Wie bekannt, hat S. K. Hoheit der Prinz von Oldenburg das genannte Institut dem Staate als Geschenk dargebracht und ist derselbe mittelst Kaiserlichen Rescripts zum lebenslänglichen Curator des Instituts ernannt worden.

— *Verstorben:* 1) In Zarskoje-Sselo am 30. November der St. Petersburger Arzt W. Djakowski, welcher sich daselbst in einem Gasthause erschoss. Der Verstorbene, welcher ein Alter von wenig über 40 Jahre erreicht hat, hatte seine medicinische Ausbildung an der Helsingforser Universität erhalten und dann im Auslande sich speciell in der ärztlichen Gymnastik und Massage ausgebildet. Nach seiner Rückkehr aus dem Auslande legte er in St. Petersburg eine trefflich eingerichtete Anstalt für medico-mechanische Gymnastik an, in welcher alle Manipulationen durch speciell für diese Zwecke von Zander (in Stockholm) erdachte Apparate ausgeführt werden. Bei seiner Anstalt hatte er auch vielbesuchte Curse für Frauen zur Ausbildung in der Gymnastik und Massage eingerichtet. In den ersten Jahren hatte seine Anstalt recht viel Zuspruch, in der letzten Zeit verschlimmerten sich jedoch in Folge der Concurrenz der billigeren Handgymnastik die Verhältnisse und dieser Umstand dürfte wohl am meisten Veranlassung zu dem letzten verzweifelten Schritte gegeben haben. 2) Am 19. November in St. Petersburg der frühere Arzt des städtischen Armenhauses, Th. J. Babkin, an progressiver Paralyse im 40. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war früher auch Arzt an dem Peter-Paulhospital und bei der Gemeinschaft barmherziger Schwestern „Mariä Schutz". Seine Wittwe ist mit zwei Kindern auf die geringe Pension, welche sie erhält, angewiesen. (Wr.). 3) Am 1. November in Homel der dortige Stadtarzt J. P. Doilidow im 54. Lebensjahre. Der Verstorbene erfreute sich in hohem Grade der Achtung und Liebe der Bevölkerung, welche ihn mehrmals zum Dumadeputirten wählte. 4) In Berlin am 10. December n. St. der ausserordentliche Professor der inneren Medicin an der dortigen Universität, Dr. Heinr. Jacobson, dirigirender Arzt am jüdischen Krankenhause im 64. Lebensjahre. Vor 1872 war J. als Kliniker an der Universität Königsberg thätig.

— Die Kirssanow'sche Landschaftsversammlung (im Gouvern. Tambow) hat beschlossen, aus Mangel an Mitteln *zwei Landschaftsarztstellen eingehen zu lassen.* Ausserdem hat sie die zur Anschaffung von Medicamenten ausgeworfene Summe um 25 % verringert. Wie die „Medizinskaja Besjeda" erfährt, ist einer der entlassenen Aerzte von der Kirssanow'schen Landschaft auf diesen Posten aus weiter Entfernung berufen worden und jetzt ganz unerwartet brodlos geworden.

— Der freipraktisirende Arzt Dr. Gelström in Ssewastopol ist vom Bezirksgericht zu 5 Tagen Gefängniss und zur Zahlung von 5 Rbl. verurtheilt worden, weil er sich geweigert hat, einer mittellosen Gebärenden ohne Zahlung des Honorars ärztliche Hilfe zu leisten. Die Frau war in Folge dessen in ein Krankenhaus gebracht worden, wo sie bald nach der Aufnahme verstarb.

— Am 11. December fand in Zürich zu Ehren Prof. Koch's ein *Commers* statt, an welchem sich gegen 300 Professoren, Studenten und Aerzte betheiligten. Prof. Krönlein (Chirurg) hielt die Festrede, in welcher er Koch als den ersten Forscher der Wissenschaft feierte. An Koch wurde ein Glückwunschtelegramm abgesandt. (A. m. C.-Ztg.)

— Prof. Sonnenburg hat in der unter der Oberleitung Prof. Koch's stehenden Abtheilung des städtischen Krankenhauses Moabit mit der chirurgischen Behandlung der Lungencavernen begonnen und bereits bei 3 Patienten im Beisein Koch's Operationen ausgeführt.

— Dr. Morell Mackenzie urtheilt nach seinen Versuchen mit dem Koch'schen Mittel bei Kehlkopfschwindsucht recht günstig über dasselbe. Er meint auch, dass die Befürchtung der Erstickungsgefahr in Folge von Schwellung grundlos sei.

— Prof. Baccelli in Rom hat Versuche mit *Einspritzung der Koch'schen Lymphe in die Adern* gemacht. In einem Falle von Lungentuberculose (zwischen dem ersten und zweiten Grade) war, selbst bei grossen, subcutan injicirten Dosen dieses Mittels keine Reaction eingetreten, während 3 Mgrm., in die Adern eingespritzt, eine erhebliche Reaction mit Fieber (39,7) hervorbrachten. Der Kranke bietet angeblich merkliche Anzeichen der Besserung. (A. m. C.-Ztg.)

— Der Breslauer Aerzteverein hat nach längerer Discussion *bezüglich der Vertheilung des Koch'schen Mittels* folgenden Beschluss gefasst: „Der Verein der Breslauer Aerzte hält es für wünschenswerth, dass jedes neue Heilmittel bezüglich seiner Wirksamkeit in Krankenhäusern geprüft werde; er sieht aber eine Schädigung des ärztlichen Standes darin, dass ein als Heilmittel staatlich anerkanntes und von einzelnen Bevorzugten in der Privatpraxis angewandtes Präparat der freien Anwendung durch praktische Aerzte entzogen und zum Monopol der Krankenhäuser oder concessionirten Privatkliniken gemacht werden soll." — Dieser Beschluss soll Prof. Koch, dem Cultusminister und der Aerztekammer überreicht werden.

— In dem nordamerikanischen Freistaate *Vermont* ist neuerdings wieder eine *Fabrik von falschen Arztdiplomen* entdeckt. Es ist das eine angebliche medicinische Facultät, welche sich „Union Medical Institute" nennt und deren Glieder aus einem Telegraphisten, einem Reporter und einigen Aerzten von zweifelhafter Reputation bestehen.

— Dr. A. Stokes in London hat die unter der Benennung *„rothe, grüne und weisse Elektricität"* bekannten Geheimmittel des Grafen Mattei genau untersucht und gefunden, dass dieselben farblose, geruch- und geschmacklose Flüssigkeiten sind, welche weder elektrische noch magnetische Eigenschaften haben und 0,01% feste Bestandtheile enthalten, sich somit von dem gewöhnlichen Wasser durch nichts unterscheiden.

— Auf Anregung Lister's soll in England ein Aufruf zu Beiträgen für ein „Britisches National-Institut" ergehen, welches nach dem Muster des Berliner hygienischen Institutes in *Cambridge* zur Förderung der Bacteriologie und Hygiene in weitestem Umfange gegründet werden soll.

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 9. December d. J. 6590 (27 mehr als in der Vorwoche); darunter 344 Typhus- (17 mehr), 667 Syphilis- (41 weniger), 137 Scharlach- (3 mehr), 25 Diphtherie- (8 mehr), 6 Masern- (1 mehr) und 211 Pockenkranke (3 weniger als in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 2. bis 8. December 1890.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen:																
M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
267	220	487	91	18	64	11	8	13	37	59	40	55	51	30	10	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 7, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 13, Masern 3, Scharlach 11, Diphtherie 11, Croup 4, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 32, Erysipelas 7, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 80, Tuberculose anderer Organe 6, Alcoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 32, Marasmus senilis 25, Krankheiten des Verdauungscanals 31, Todtgeborene 27.

☛ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 8. Januar 1891.

Annahme der Mitgliedsbeiträge und Abonnements auf die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift".

☛ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 17. December 1890.



Annoncen jeder Art werden ausschliesslich in der **Buchhandlung** von **CARL RICKER** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14. angenommen.

Verlag von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14.

Руководство къ клиническому

Пользованію лекарствами

для врачей и студентовъ

Д-ра Фр. Пенцольдта,

Орд. проф. и главнаго врача мед. поликлиники въ Эрлангенѣ.

Переводъ съ нѣмецкаго, сочиненія: „F. Penzoldt: Lehrbuch der klinischen Arzneibehandlung" Д-ра Г. А. Шапиро. Приватъ-доцента, Импер. военно-медиц. академіи.

1890. Preis 3 Rbl., für Porto 30 Kop.

In unserem Verlage erschien soeben und ist in allen Buchhandlungen zu haben:

Medicinischer

Taschen - Kalender

für praktische Aerzte.

Herausgegeben von Dr. **C. Förster**

III. Jahrgang 1891.

Preis elegant geb. 1 Rbl. 80 Kop.

Jonck & Poliewsky,

Buchhandlung, Riga.

Die chirurgische Heilanstalt von Dr. **KNIE** in Moskau wird todeshalber mit aller Einrichtung, Instrumenten, auch auf Wunsch mit Haus unter sehr vortheilhaften Bedingungen verkauft. — Näheres in St. Petersburg bei Apotheker Schaskolsky, Moika 32, Quart 3 — in Moskau bei Frau Dr. Knie: Арбатъ, Староконюшенскій пер., д. князя Козловскаго. — Ausserdem wird die reiche Privat-Bibliothek d. Verstorbenen verkauft.

Dr. Radlauer's

SOMNAL.

(Patentirt.) (Aethyl. Chloral-Urethan.) Das **wirksamste Schlafmittel.** Empfohlen von den grössten medicinischen Autoritäten. 100 Gramm = 5 Mk.

Dr. Radlauer's Kronen-Apotheke, Berlin W.

☛ Depot in **St. Petersburg** in der Russ. Pharmaceut. Handels-Gesellschaft; in **Moskau** bei Carl Ferrein und Robert Köhler & Co.; in **Kiew** in der Südruss. Pharmaceut. Handels-Gesellschaft; in **Wilna** bef J. S. Segall, Droguerie. 132 (4)

Cannes.

Dr. Hoffmann hat vom November seine Praxis in Cannes wieder aufgenommen und wohnt Rue Hermann 1. 144 (1)

Dr. Peter Kaatzer's

Cur- und Pflegeanstalt

für Lungen- und Halskranke.

Königl. Bad Rehburg

(Hannover.) 117 (5)

Behandlung mit Koch'scher Heilflüssigkeit.

Sputumuntersuchungen

nach bacteriol. **Methode Prof. Koch** (20 M.)

Dr. G. Kuntze,

Berlin NW, Holsteiner Ufer 45.

Verlag von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prosp. № 14.

D. Mendelejew,

Professor an der Universität in St. Petersburg.

Grundlagen der Chemie.

Aus dem Russischen übersetzt von

L. Jawein, Docent am Technologischen Institut in St. Petersburg, und **A. Thillot**, Assistent am chem. Laboratorium des Technol. Instituts in St. Petersburg.

1890. Lieferung 1 und 2.

Vollständig in 8 rasch auf einander folgenden Lieferungen à 1 Rbl. 35 Kop., für Postversendung à 20 Kop. mehr.

Inhalt der beiden erschienenen Lieferungen: Einleitung. — Kap. 1: Das Wasser und seine Verbindungen. — Kap. 2: Zusammensetzung des Wassers. Wasserstoff. — Kap. 3: Sauerstoff und seine salzbildenden Verbindungen. — Kap. 4: Ozon und Wasserstoffhyperoxyd. Dalton's Gesetz. — Kap. 5: Stickstoff und Luft.

Изданіе К. Л. Риккера въ С.-Петербургѣ, Невскій проспектъ, № 14.

ПРОСТИТУЦІЯ и АБОЛИЦІОНИЗМЪ.

Докладъ Русскому Сифилидолог. и дерматолог. Обществу Профессора В. М. Тарновскаго. 1890. *Цѣна* 3 *руб., съ пересылкою* 3 *р.* 40 *к.*

Vom 1. Januar 1891 ab erscheint eine

Central-Zeitung für das Koch'sche Heilverfahren,

Organ für die Fortschritte in der Heilung der Tuberculose und and. infect. Krankh. am 1. und 16. jeden Monats. **Preis M. 1,50 vierteljährlich.** (Probenummern gratis.) Abonnements durch jede Buchhandlung und Postanstalt.

Verlag Alfred H. Fried & Co., Berlin, Zimmerstr. 86.

Die Mineralwasser-Anstalt

der Allerhöchst bestätigten Gesellschaft



Bekmann u. Co.,

Perewosnaja Nr. 6—8,

empfiehlt den Herren Aerzten ihre bekannten Curwässer: Ems Kränchen, Soden № 3, Vichy gr. gr., Vichy celestins. Carlsbad, Pyrophosphorsaures Eisenwasser, Lithionwasser u. a.; ausserdem Selters, Soda, Apollinaris, Gieshübler.

Die Basis aller Wässer ist destillirtes Wasser.

☛ Von 20 Flaschen an Zustellung gratis. ☚

Bei Verordnung pro paupero Rabatt 25 %



Kemmerich's Fleisch-Pepton.

Nach den von den Herren Professoren **Ludwig—Wien, Fresenius—Wiesbaden, König—Münster, Stutzer—Bonn** ausgeführten Analysen enthalt das **Kemmerich**'sche **Fleisch-Pepton** ca 18 % leicht lösliche Eiweissstoffe und ca. 39 % Pepton. **Kemmerich's Fleisch-Pepton** hat **angenehmen Geschmack und Geruch.** — **Kemmerich's Pepton ist käuflich in allen Apotheken und Droguenhandlungen.**

☛ En gros-Niederlage für ganz **Russland** bei der **Südrussischen Pharmaceutischen Handels-Gesellschaft in Kiew.** 8 (10)

☛ Zur Beachtung! ☚

Der **Gesammt-Auflage** dieser Nummer liegt ein Prospectus von **Knoll & Co., chem. Fabrik in Ludwigshafen a. Rh.** betr. **„Diuretin Knoll"** bei und verfehlen wir nicht, unsere Leser hierauf besonders aufmerksam zu machen.

Дозв. ценз. Спб. 14 Декабря 1890 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.

XV. JAHRGANG. **St. Petersburger** Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Dr. Carl Dehio, Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Theodor von Schröder, St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis ist in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 51 St. Petersburg, 22. December (3. Januar 1891) **1890**

Ein Fall von Chylothorax.

Mittheilung aus dem allgemeinen Krankenhause zu Riga, Abtheilung des Herrn Dr. P. Hampeln,

von

Dr. med. Neuenkirchen, Assistenzarzt.

Ansammlungen von chylösen Flüssigkeiten in den serösen Körperhöhlen sind bisher nur in verhältnissmässig seltenen Fällen zur Beobachtung und öffentlichen Besprechung gelangt, weshalb ich es nicht unterlassen wollte, die vorhandenen Literaturangaben um folgenden in den Jahren 1889 und 1890 beobachteten Fall zu bereichern. Derselbe erfordert in soweit noch ein besonderes Interesse, als ein ätiologisches Moment, etwa ein Trauma, eine Neubildung oder ein Circulationshinderniss, für ihn nicht zu eruiren war, der Fall ferner auch den möglichen günstigen Verlauf und Ausgang eines derartigen Processes zu veranschaulichen im Stande ist. — Eine Zusammenstellung wohl sämmtlicher bisher zur Beobachtung gelangten Fälle findet sich bei Quincke[1]), Boegehold[2]) und Kirchner[3]); hierzu kommen noch drei weitere Arbeiten aus neuester Zeit, von Renvers[4]), Chelkowski[5]) und Sawadski, welch' letztere mir leider nicht zugänglich gewesen ist. Ueber Chylurie mit chylösem Ascites berichtet Senator[6]), über einen Fall von Chylopericardium Hasebrock[7]). Zu erwähnen wäre endlich noch eine im Anschluss an die Sawadski'sche Arbeit erschienene kurze Broschüre von Popow[8]), die am Schluss ein vollständiges Literaturverzeichniss enthält. — Es würde mich zu weit führen, entspricht auch nicht dem Zweck dieser Arbeit, wollte ich hier jede einzelne Mittheilung einer Besprechung unterziehen; es genügt, im Allgemeinen darauf hinzuweisen, dass Chylothorax bisher fast nur auf direct nachweisbare Traumen zurückgeführt werden konnte und dass die meisten dieser Fälle in kurzer Zeit letal endeten; eine Ausnahme hiervon machte der von Kirchner (l. c.) angeführte. Chylöse Ergüsse in die Bauchhöhle sind häufiger angetroffen worden. Es handelte sich bei ihnen entweder um Compression des Ductus thoracicus durch Tumoren, vergrösserte Bronchial- resp. Mesenterialdrüsen, oder um Ruptur desselben. Auch Thrombosirung der Vv. subclavia und jugularis hat zum Verschluss des Milchbrustganges mit nachfolgendem Chyluserguss in die Bauchhöhle geführt.

Dies zur Orientirung der bisherigen diesbezüglichen Beobachtungen, an die ich die Mittheilung des mir von Herrn Dr. Hampeln zur Veröffentlichung überlassenen Falles schliesse.

Frl. E. v. L., 47 a. n., unverheirathet (cfr. Krankenjournal vom 15. Juni und 17. Oct. 89, 22. März und 11. Juni 90), stammt von gesunden Eltern. Zwei ihrer Geschwister sollen brustleidend sein. Pat. selbst hat in ihrer Jugend verschiedene acute Infectionskrankheiten, wie Scarlatina und Dysenterie durchgemacht, in späteren Jahren an Kopfschmerzen gelitten, die in wöchentlichen Intervallen auftraten und häufig mit Erbrechen

[1]) Deutsches Archiv für klinische Medicin, Bd. XVI.
[2]) Archiv für klinische Chirurgie, Bd. XXIX.
[3]) Ibidem Bd. XXXII.
[4]) Berlin. klin. Wochenschrift 1870, № 14.
[5]) Gazet. Lekarsk. 1890, № 24.
[6]) Charitéannalen 1883, X.
[7]) Zeitschrift für physiol. Chemie, Bd. XII.
[8]) Изъ Клиническаго Сборника Проф. Л. В. Попова 1889—1890 гг.

verbunden waren. Vor 10 Jahren bemerkte sie eine spontane, auch späterhin sich wiederholende glasige Anschwellung der Uvula ohne Röthung und Schmerzhaftigkeit, die 12—14 Stunden andauerte und dyspnoische und dysphagische Beschwerden bereitete; noch im Januar 1890 ist diese Erscheinung beobachtet worden.

Vor 6 Jahren sind, angeblich nach einer heftigen Erkältung, Athembeschwerden aufgetreten, anfangs nur bei energischeren Bewegungen, späterhin auch in der Ruhelage; weitere Symptome von Seiten des Respirations- oder Circulationsapparates fehlen; niemals ist Husten, verdächtiges Sputum, nie sind Brustschmerzen vorhanden gewesen. Pat. ist immer umhergegangen, hat keine Fieberbewegungen bemerkt. Da die Kurzathmigkeit nicht nachliess, suchte Pat. auf einer vor 5 Jahren unternommenen ausländischen Reise in Berlin ärztlichen Rath; hier wurde während eines mehrwöchentlichen Aufenthaltes in der Klinik aus der linken Pleurahöhle durch Punction eine „milchähnliche Flüssigkeit" entleert (ca. 1 Liter). Erleichtert kehrte Pat. zurück und fühlte sich während der nächsten Jahre relativ wohl. Erst December 88 kehrte die Dyspnoe wieder, allmälig denselben Grad wie früher erreichend. Auch jetzt kein Bettliegen, kein Fieber. Anfang Mai 89 traten mässige Oedeme in der Fussknöchelgegend auf, auch spürte Pat. im Laufe des letzten Halbjahres eine geringe Kräfteabnahme. Die Harnmenge war stets eine normale, die Verdauung eine ungestörte. Seit Anfang Juni steigerten sich die Athembeschwerden derart, dass Pat. sich an Herrn Dr. Hampeln wandte, dessen Untersuchung wiederum eine milchähnliche Flüssigkeit ergab, dieses Mal aber auf der rechten Seite, während die linke Thoraxhälfte, abgesehen von einer minimalen Dämpfung hinten unten, sich normal verhielt. Zur Behandlung wurde Pat. in's Krankenhaus dirigirt. — Die am 15. Juni vorgenommene Untersuchung hatte folgendes Resultat: guter Ernährungszustand, reichlicher Panniculus adiposus, etwas blasses Hautcolorit, mässige Knöchelödeme, Dyspnoe, *keine Lymphdrüsenschwellung*. Der Puls etwas beschleunigt, gleich- und regelmässig, von guter Fülle und Spannung; der Harn hellgelb, etwas trübe, sauer, spec. Gew. 1021, kein Albumen, kein Zucker, mikroskopischer Befund normal. Der Thorax von normalem Durchmesser, beiderseits von gleichem Umfang und gleicher Beweglichkeit. L. überall heller Schall, ausgenommen einen kleinen Bezirk L. H. U. neben der Wirbelsäule, R. V. von der III. Rippe, R. H. von der VII. nach abwärts intensive Dämpfung. Ueber dem Dämpfungsbezirk vermehrte Resistenz, aufgehobener Pectoralfremitus, aufgehobenes Athemgeräusch. An den Grenzen der Dämpfung bronchiales Athmen, im Uebrigen Normalathmen mit links über die ganze Lunge, rechts nur über die oberen Partien verbreitetem, kleinblasigem, zum Theil consonirendem Rasseln. Herzstoss fast in der linken vorderen Axillarlinie, Dämpfung dem entsprechend verschoben. Herz- und Gefässtöne rein, normal. Der Leib aufgetrieben, überall tympanitisch schallend, *kein Ascites*. Leber, Milz normal. Eine mikroskopische Untersuchung des Blutes ergiebt normalen Befund.

Am Tage nach der Ankunft der Pat. wird die Punction hinten im IX. ICR. mit dem Fiedler'schen Troicart und der Schlauchaspiration (Methode Girgensohn) in sitzender Stellung bei ca. 70 Ctm. Fallhöhe vorgenommen. Es entleeren sich aus der rechten Pleurahöhle 2000 Ccm. einer geruchlosen, gelblichen, rahmartigen Flüssigkeit, die zum Schluss der Punction eine leicht röthliche Farbe annimmt. Auffallend leichtes und glattes Fliessen der rahmigen Flüssigkeit, auch durch den mit einer Klemmpincette abgequetschten Schlauch.

Wegen eintretender Dyspnoe mit kurzem, trockenem Husten und drohenden Collapses wird der Troicart entfernt, trotzdem die Flüssigkeit noch leicht fliesst. Einige Aetherinjectionen genügen, um dem drohenden Anfall vorzubeugen. Gleich nach der Punction ergiebt die Lungenuntersuchung auch rechts bis zur IX. Rippe vollkommen hellen Schall und lautes normales Athmen, die Herzdämpfung an normaler Stelle.

An der Oberfläche der entleerten Flüssigkeit scheidet sich nach längerem Stehen eine rahmartige Schicht ab. Die mikroskopische Untersuchung der Flüssigkeit ergiebt nur molleculäre Körnchen, sehr vereinzelte Rundzellen u. rothe Blutkörperchen; deutliche Fettkügelchen nicht zu erkennen. Das spec. Gewicht beträgt bei Zimmertemperatur (ca. 15° C.) 1016; die Reaction ist eine alkalische. Beim Zusatz von Kalilauge sowohl als Essigsäure hellt sich die Flüssigkeit nur wenig auf.

Am 17. und 18. Juni fühlte sich Pat. ganz wohl; Appetit, Stuhl in bester Ordnung. In der Nacht vom 18. auf den 19. Juni war etwas Husten aufgetreten. R. V. von der IV. Rippe Dämpfung; im III. ICR. Reiben zu hören. Athemgeräusche über der Dämpfung abgeschwächt, Pectoralfremitus erhalten, links das Rasseln vollständig geschwunden.

Am 21. Juni. Die zweite Punction mit demselben Resultate, wie das erste Mal, Entleerung von 1300 Ccm.; am 24. und 27. Juni noch zwei weitere Punctionen. Die Flüssigkeit etwas röthlicher gefärbt, als früher, leichte Blutung aus der Stichöffnung. Quantum 500 Ccm. und 1300 Ccm., spec. Gew. 1016. Am 24. wurden nur 500 Ccm. entleert, weil die Canüle in einem unbewachten Augenblick aus dem Intercostalraum unter die Haut geglitten war. Am 27. zeigten sich zum Schluss einige Luftbläschen in dem in den Schlauch eingeschalteten Glasröhrchen, keine Zeichen eines Pneumothorax.

Die Punctionen wurden wiederholt ausgeführt, weil eine Entleerung grosser Exsudate auf einmal auch hier für gefährlich gehalten wird (vergl. Naunyn: Kurzer Leitfaden für die Punction 1889). Es schien in der Zwischenzeit eine Zunahme der Flüssigkeit stattgefunden zu haben.

Die Temperatur erreichte an einigen Abenden, in der Achselhöhle gemessen, 37,8° C., in der letzten Woche war sie normal. Die 24-stündige Harnmenge schwankte zwischen 800 und 1200 Ccm.

Am 1. Juli 89 verliess Pat. die Anstalt in bestem Allgemeinbefinden. H. R. von der IX. Rippe Dämpfung, abgeschwächtes Athmen. Keine Respirationsbeschwerden.

Eine am 16. August gelegentlich vorgenommene Probepunction ergab jedoch den gleichen Inhalt der Pleura und war die obere Flüssigkeitsgrenze H. die IX. Rippe, seitlich keine Dämpfung. Pat. wurde mit der Weisung, sich nach einigen Monaten wieder vorzustellen, auf's Land entlassen.

Den 17. October 89 trat Pat. zum zweiten Mal in die Anstalt ein. In der Zwischenzeit hatte sie sich bis auf Athembeschwerden, die sich bei der geringsten Bewegung einstellten, ganz wohl gefühlt, keine Kräfteabnahme, kein Husten. Während des letzten Monats soll Morgens stets eine kaum merkbare Schwellung der Augenlider und der Wangen vorhanden gewesen sein, die bald wieder schwand.

Zu erwähnen ist noch, dass die Periode stets gut und regelmässig verlief, vom Juli 89 an cessirte. Nie sind irgend welche Unterleibsbeschwerden bemerkt worden.

Der Status praesens vom 17. October war folgender: Ernährungszustand, Fettpolster wie früher, keine Oedeme, keine palpablen Drüsen. Puls von guter Qualität, Harn ohne Albumen, ohne Zucker, spec. Gewicht 1030. R. H. U. von der IX. Rippe, R. V. von der V. Rippe nach abwärts Dämpfung, abgeschwächtes Athmen; nirgends Rasseln. Beweglichkeit des Thorax beiderseits gleich. Thoraxumfang links unten 45 Ctm., rechts 46 Ctm. Keine Verdrängungssymptome, Herz normal, Abdomen nichts Besonderes bietend, kein Ascites.

Am 18. und 23. October Punctio thoracis. Entleerung von 1400 resp. 700 Ccm. derselben milchähnlichen Flüssigkeit. Während des jetzigen Aufenthaltes Abends immer geringe Temperatursteigerungen (bis 38,3° C.), was wohl seinen Grund in einer gleichzeitig bestehenden Coryza haben mochte. Eine Untersuchung der Flüssigkeit auf Tuberkelbacillen fiel negativ aus, der mikroskopische Befund war der gleiche wie das erste Mal.

Den 26. Octob. 89 wurde Pat. mit vollständig normalem Lungenbefund entlassen. Noch im December 89 stellte sich Pat., nachdem sie die Influenza glücklich überstanden, mit unverändert gutem Allgemeinbefinden vor. R. H. U. von der IX. Rippe wieder Dämpfung.

Anfang März 90 waren, trotzdem Pat. sich zu Hause ruhig verhalten, Athembeschwerden aufgetreten, so dass Pat. genöthigt war, am 22. März zum dritten Mal das Krankenhaus aufzusuchen. Der Ernährungszustand war auch diesmal ein guter; im Harn fand sich Propepton. R. H. in der Scapularlinie von der VIII. Rippe nach vorn horizontal verlaufend Dämpfung, Athemgeräusch hier aufgehoben. Beweglichkeit beiderseits gleich. Herz nicht verdrängt, kein Ascites. Temperatur Abends 38,0, eine Woche anhaltend.

Den 23. und 25. März Punctio thoracis. Entleerung von 300 Ccm. (der Troicart schliesst nicht luftdicht, wird daher schnell entfernt) resp. von 1400 Ccm. Spec. Gewicht 1016. Aussehen der Flüssigkeit unverändert, enthält mehr weisse Blutkörperchen, als früher. Eine mikroskopische Blutuntersuchung fällt negativ aus. Den 26. März war über der Punctionsstelle Reiben zu hören; 7. April überall heller Schall, nur L. H. U. dieselbe Dämpfung. Pat. verlässt die Anstalt. Auf Anordnung des Arztes hat Pat. 3 Wochen zu Hause im Bett verbracht. Seit Ende Mai wiederum Dyspnoe. 11. Juni Eintritt in die Anstalt; keine Abmagerung. R. V. von der IV. Rippe, R. H. neben der Wirbelsäule, von der X. Rippe nach vorn ansteigend, Dämpfung und abgeschwächtes Athmen, L. H. U. unveränderter Befund. Ictus axillär, V. ICR.; kein Ascites. Leber hochstehend. Eine Probepunction H. L. ist negativ, die Nadel dringt in feste Massen. Punctio thoracis rechts, 1500 Ccm. werden entleert. Ictus unverändert. Bis zum 15. Juni hatte die obere Flüssigkeitsgrenze wieder zugenommen.

Von weiteren Punctionen wurde Abstand genommen, weil bisher sich eine Wiederansammlung des Exsudates stets eingestellt hatte und möglicherweise dieser sogar durch die Entleerung Vorschub geleistet wurde. Schon während der Punction schien eine Aspiration der Flüssigkeit in die Pleurahöhle stattzufinden, indem trotz der vermutheten geringen Menge Flüssigkeit noch nach Entnahme von 1500 Ccm. ein weiteres Abfliessen ungehindert vor sich ging. In der Absicht, durch eine adhäsive Entzündung der Pleura einen Verschluss der Fistelöffnung zu bezwecken, wurden am 19. und 21. Juni mehrere Probepunctionen R. H. vorgenommen, die jedoch keine entzündlichen Reactionen zur Folge hatten. Am 22. Juni wurde Pat. mit der Weisung, sich möglichst ruhig zu verhalten und eine Binde zu tragen, entlassen. Sie hat sich bis jetzt ganz leidlich gefühlt, die Athembeschwerden

sind fast ganz gewichen. Ende October war R. H. U. ein kleiner Dämpfungsbezirk zu constatiren, eine Probepunction ergab die nämliche milchige Flüssigkeit. Ictus in der vorderen Axillarlinie, zwischen Sternum und rechter Herzgrenze jedoch heller Schall.

Die am 21. Juni und 18. October 89 entnommenen Flüssigkeitsmengen wurden von Herrn Mag. Edwin Johanson, Director der hiesigen Mineralwasseranstalt, einer chemischen Analyse unterzogen, deren Resultat ich hiermit im Wortlaute mittheile:

„Die am 21. Juni 1889 zur Untersuchung übergebene gelblich-graulich-weisse milchartige Flüssigkeit hatte durch scheinbar geringen Blutgehalt einen Stich in's röthliche und war nicht zähflüssig. Aus den 230 Ccm. der Flüssigkeit hatte sich ein, mindestens 1/3 des Gefässes einnehmendes Coagulum, ähnlich der Ausscheidung eines Blutkuchens beim Stehen frischen Blutes gebildet, hier selbstredend von der Farbe der Flüssigkeit. Dieses Coagulum sank beim successiven Ausgiessen des flüssigen Antheiles zu einem sehr kleinen Klümpchen, etwa von der Grösse einer kleinen Haselnuss, zusammen. Das spec. Gewicht der Flüssigkeit betrug bei 22° C. 1,017, die Reaction gegen Lackmuspapier war eine alkalische.

Beim Trocknen in der Platinschale gaben 17,8070 Grm. Flüssigkeit 1,920 Grm. bei 120° C. getrockneten Rückstand, entsprechend 6,6940% und dieser gab 0,1110 Grm. Asche, entsprechend 0,6233% der Flüssigkeit, oder 9,3100% des Trockenrückstandes.

Die Asche enthielt Ca, Mg, K, Na, Cl, CO_2, H_2SO_4 und reichlich H_3PO_4.

Zur Eiweissbestimmung wurden 20 Grm. erhitzt, mit 2% Essigsäure versetzt, wieder erhitzt, filtrirt, die Filterrückstände mit Wasser, Alkohol und schliesslich mit Aether ausgewaschen. Nach dem Trocknen bei 120° C. betrug die Menge des Eiweisses 0,8960 Grm., entspr. 4,4800%.

Das wässerige Filtrat vom gefällten Eiweiss schied auf Zusatz starken Alkohols noch einige, nicht wägbare Flocken eines durch Coagulation nicht, wohl aber durch Alkohol fällbaren Eiweiss ab. Das Filtrat vom letzteren Eiweiss wurde concentrirt, durch HCl invertirt und mit Fehling'scher Lösung auf den Zuckergehalt geprüft. Verbraucht wurden 4 Ccm. des Reagens, von welchem 30 Ccm. 0,067 Grm. Milchzucker entsprechen. Mithin stellt sich der Gehalt an Milchzucker zu bloss 0,0490%.

Beim Erwärmen von 20 Grm. des Objectes auf 40—50° C. und Versetzen mit frischer Molkentinctur scheiden sich nur sehr geringe, jedenfalls nicht wägbare Flöckchen aus, die wohl als Caseïn anzusprechen wären. Bei der Wiederholung dieses letzten Versuches mit einer grösseren Quantität des Objectes fiel das Resultat nicht günstiger aus.

20 Grm. mit feinem ausgewaschenem Sande zur Trockne verdunstet, mit Aether extrahirt und verdunstet gaben 0,2730 Grm. gelblichen Fettes von Butterconsistenz, entsprechend 1,6350%.

468 Grm. einer erneuten Quantität der Flüssigkeit (27. Juni) zeigte nicht jene Fibrincoagulation, wie das erste Object; hier schied sich nur wenig und zwar nur 0,108 Grm. = 0,0023% Fibrin aus.

Die untersuchte Flüssigkeit ergab (abgesehen vom Fibrin, das nicht in die Reihe gehört) Wasser 93,3060%; Caseïn in Spuren; Albumin 4,4800; Fett 1,3650; Milchzucker 0,0490; Salze 0,6233."

Chemische Analyse vom 18. Oct. 89. Die milchähnliche Flüssigkeit hatte einen etwas röthlicheren Ton, als die im Juni untersuchte. Beim Stehen über Nacht hatte sich aus den 440 Ccm. ein kleines, etwa haselnussgrosses Coagulum von lebhaft rother Farbe ausgeschieden, das sich auch beim längeren Stehen nicht vermehrte.

Das spec. Gewicht betrug bei 16° C. 1,0185. Die Reaction war alkalisch und blieb selbst nach einer Woche bestehen, wobei sich ammoniakalischer Geruch entwickelte. Harnstoff und Harnsäure waren nach Entfernung der Albuminate nicht nachweisbar.

Beim Trocknen gaben 12,7500 Grm. 1,2035 Grm. Trockenrückstand = 9,44% und dieser gab 0,1005 Grm. Asche = 0,7883% der Flüssigkeit, oder 8,3523% der Trockensubstanz. In der Asche fanden sich dieselben Bestandtheile, wie das erste Mal, mit Ausnahme der Kohlensäure.

Die abgeschiedene und bei 120° C. getrocknete Eiweissmenge betrug 7,3465%.

Aus dem Filtrate vom Eiweissniederschlage wurden durch Alkohol unwägbare Flöckchen abgeschieden. Von diesen abfiltrirt, konnte in der Flüssigkeit nach dem Invertiren kein Zucker nachgewiesen werden. Durch Molkentinctur liessen sich bei 40—50° C. nur unwägbare Flöckchen fällen. Die Fettbestimmung ergab 2,9275% eines butterartigen Fettes.

Soviel über die Symptome und den bisherigen Verlauf der Krankheit, deren Mittheilung mir von Herrn Dr. Hampeln überlassen wurde. Es erübrigt noch einige Bemerkungen über das Wesen und die muthmaassliche Entstehung des Ergusses hinzuzufügen. Dass die Diagnose in unserem Falle bei den so wechselnden anatomischen Verhältnissen des Ductus thoracicus, bei der bisher wenig aufgeklärten Pathologie der centralen Lymphgefässerkrankungen und bei der unser Krankheitsbild so complicirenden Betheiligung *beider* Pleuren, zuerst der linken, nach Jahren der rechten, nur eine per exclusionem gewonnene Wahrscheinlichkeitsdiagnose sein kann, erscheint wohl von vornherein einleuchtend.

Sicher ist es jedenfalls, dass wir es im vorliegenden Falle mit einer *fetthaltigen* Flüssigkeit zu thun haben. Das makroskopische Aussehen der aus der Pleura entleerten Flüssigkeit sowohl, als auch die chemische Analyse derselben zeigt uns dieses zur Genüge. Nach Quincke (l. c.) kann nun Fettgehalt in «Transsudaten» nur bedingt sein entweder durch Beimengung von Chylus (Hydrops chylosus) oder durch Beimischung fettig zerfallender Zellen (Hydrops adiposus). Letzteres findet sich vorzugsweise bei Carcinom oder Tuberculose der betreffenden serösen Häute.

Berücksichtigt man die im vorliegenden Falle in Betracht kommenden Möglichkeiten, so scheint allein die erstere Annahme eines *Hydrops chylosus pleurae* berechtigt. Schon der langjährige, fieberlose, das Allgemeinbefinden der Pat. so wenig beeinträchtigende Verlauf spricht gegen das Bestehen eines malignen destructiven Processes; erwägt man ferner die chemische Beschaffenheit der Flüssigkeit, die nur wenig von der Zusammensetzung des Chylus abweicht, sowie das mikroskopische Bild derselben, die gänzliche Abwesenheit der Entwickelungsstadien der Fettkörnchen aus noch kernhaltigen, fettig degenerirenden Zellen, so erhellt wohl aus allem Diesen die vollkommene Berechtigung obiger Entscheidung.

Schwieriger gestaltet sich die Frage, woher denn in unserem Falle der chylöse Erguss stamme. — Die Thatsache, dass sich derselbe nur auf die Pleurahöhle, erst die linke, dann die rechte, beschränkte, *das Abdomen sich als normal erwies*, vor Allem keine Spur von Flüssigkeit barg, ermöglicht es von vornherein, alle jene früher genannten ursächlichen Momente auszuschliessen, die zu einer Verengerung resp. zum Verschluss des Ductus thoracicus führen könnten, wie Tumoren, angrenzende Aneurysmen, Thrombenmassen etc. Es wäre wenigstens bei solcher Annahme ganz unerklärlich, wie gerade der Peritonealsack unbetheiligt bleiben könnte. Ebenso unwahrscheinlich ist aber auch eine centrale Compression der in den Ductus thoracicus mündenden Lymphgefässstämme des Lungenhilus, wie das etwa durch vergrösserte Bronchialdrüsen oder Mediastinaltumoren hätte zu Stande kommen können, unwahrscheinlich auch eine Verengerung oder Degeneration vereinzelter peripherer subpleuraler Lymphgefässe. In beiden Fällen würden die zahlreich vorhandenen collateralen Bahnen die Circulationsstörung ohne Weiteres compensiren. Endlich wäre es doch höchst verwunderlich, dass etwaige Tumoren irgend welcher Art im Laufe von Jahren sich nicht auch sonst verriethen. Verengerung resp. Verschluss des Ductus thoracicus waren darum durchaus auszuschliessen.

Als zweite Entstehungsart chylöser Ergüsse in die Pleura wäre eine Ruptur des Ductus thoracicus zu erwägen. Grössere Lymph- oder Chylusgefässe können nach Quincke entweder durch Traumen ohne vorhergehende Erkrankung zerreissen oder, was häufiger ist, nachdem sie aus irgend einem Grunde erweitert und dünnwandig geworden sind. Die erste Veranlassung muss in unserem Falle der Anamnese zu Folge ausgeschlossen werden, auch die zweite eine gewisse Einschränkung erfahren, indem nach dem früher Gesagten durch Compression bedingte Wandveränderungen bei Seite gelassen werden können, dann aber auch Entartungen der Wand durch carcinomatöse oder tuberculöse Processe auszuschliessen sind, obwohl Fälle von primären oder secundären derartigen Affectionen wiederholt beobachtet wurden. Von um so grösserer Bedeutung für die Entstehung einer Ruptur erscheinen darum *Veränderungen der Lymphdrüsenwandungen als Ausgang einer acut oder chronisch verlaufenden Entzündung, resp. Sclerose*, die sämmtlich einen Elasticitätsverlust der Wandung zur Folge haben, der seinerseits wieder zu einer Erweiterung der



Gefässe, sei sie eine diffuse oder circumscripte, Veranlassung geben kann.

In Anbetracht alles Gesagten ergiebt sich, dass in unserem Falle höchst wahrscheinlich eine *Ruptur* des Lymphstammes als Ursache des chylösen Ergusses in die Pleurahöhle angesehen werden muss. die Ruptur aber durch Erkrankung des Ductus thoracicus im zuletzt angegebenen Sinne vorbereitet war.

Ueber den Sitz der Ruptur eine Entscheidung zu treffen, ist kaum möglich. Offenbar besteht zwischen dem vor 6 Jahren und dem augenblicklich obwaltenden Leiden ein Zusammenhang. Ob die Erkrankung aber den Ductus thoracicus in seiner ganzen Ausdehnung ergriffen, ob die Ruptur desselben nach Verwachsung mit der Pleura mediastinalis an zwei getrennten Orten stattgefunden, etwa gleich oberhalb des Zwerchfelles, wo der Ductus thoracicus der rechten Pleura dicht anliegt und in der Höhe des V. bis III. Brustwirbels, wo er sich bereits nach links hinüberbiegt, oder ob eine aneurysmatische Erweiterung des Ductus thoracicus vorliegt, die jetzt in die rechte Pleurahöhle rupturirt, während vor 6 Jahren ein mässiger, einmaliger Erguss in's hintere Mediastinum stattgehabt, der dann durch Filtration in die linke Brusthöhle gelangte — auf alle diese Fragen lässt sich wohl zunächst keine Antwort geben.

Dass der Erguss in die Pleurahöhle sich immer in den constatirten Grenzen gehalten, nicht weitere Fortschritte gemacht und damit den letalen Ausgang herbeigeführt hat, liegt wahrscheinlich an dem geringen Drucke, der innerhalb des Ductus thoracicus herrscht (beim Pferde nur 12 Mm. Hg Seitendruck). Schon durch den Austritt weniger Liter Flüssigkeit in den Pleuraraum musste ein Ueberdruck von Seiten des in der Pleurahöhle befindlichen Ergusses ausgeübt werden, wodurch der weiteren Entleerung von Chylus Einhalt gethan wurde.

Die *Prognose* erscheint a priori, und nach dem bisherigen Verlauf zu urtheilen, nicht ungünstig. Dass ein organischer Verschluss der jetzigen Perforationsstelle zu Stande komme, ist nach dem Verlauf und der Dauer der Erkrankung allerdings unwahrscheinlich, obwohl der günstige Ausgang der erstmaligen linksseitigen Flüssigkeitsansammlung einen solchen nicht ganz von der Hand weisen lässt. Möglich und erreichbar ist aber jedenfalls ein mechanischer Verschluss, Sache der *Therapie* war es darum bei Entleerung der chylösen Flüssigkeit nicht die gesammte Menge zu entfernen, da dadurch der mechanische Verschluss gefährdet und einem Nachsickern der Flüssigkeit Vorschub geleistet würde. Aus diesem Grunde erscheint es angemessen, bei einer niedrigen Flüssigkeitsgrenze überhaupt keine Punctionen vorzunehmen. Ferner suchte man die Bewegung der rechten Thoraxhälfte durch comprimirende Bindeneinwickelung (Koch: Berl. klin. Wochenschrift 1889) zu vermindern und dadurch ihre Aspirationswirkung abzuschwächen. Im Uebrigen beschränkte man sich auf kräftige Ernährung, Fernhaltung von körperlichen Anstrengungen und anderen auf den Respirationsapparat ungünstig einwirkenden Einflüssen. An einen operativen Eingriff konnte unter den obwaltenden Umständen wohl kaum gedacht werden.

Herrn Dr. P. Hampeln, der mir die Anregung zur Bearbeitung vorliegenden Themas gab, erlaube ich mir auch an dieser Stelle für das mir erwiesene freundliche Entgegenkommen meinen wärmsten Dank abzustatten; desgleichen bitte ich Herrn Mag. Ed. Johanson für seine mühevolle, zeitraubende Untersuchung meines Dankes versichert zu sein.

Riga, November 1890.

Referate.

Weitere Mittheilungen über die Koch'sche Heilmethode.

Carl v. Noorden: Ueber frühzeitige Veränderungen der Lunge unter dem Einfluss der Koch'schen Heilmethode. (D. med. Wochenschr. № 49).

Verf. beschreibt 5 Fälle, wo nach Injection der Koch'schen Flüssigkeit Verdichtungssymptome der Lungen auftraten, die vordem garnicht diagnosticirt werden konnten, und ferner wo bereits vorhanden gewesene Verdichtungen an Umfang schnell zugenommen haben. 24 Stunden nach voller Ausbildung der Veränderungen begannen die Erscheinungen der Verdichtung abzuklingen, die Dämpfungen hellten sich allmälig auf. Bei Eintritt der allgemeinen Reaction stieg die Athmungszahl an, obgleich Temperatur und Puls zuweilen normal blieben. Die vorübergehenden Verdichtungen leiten wahrscheinlich den Heilungsprocess ein.

F. Wolff: Die Reaction der Lungenkranken bei den Koch'schen Impfungen. Aus der Dr. Brehmer'schen Heilanstalt in Görbersdorf. (D. med. Woch. № 50).

Bericht über 68 mit Koch'scher Flüssigkeit behandelte Phthisiker, die seit Monaten in der Anstalt leben. Eintheilung der Patienten in 3 Kategorien.

I. Kategorie: Patienten, die nach mehrmonatlichem Aufenthalt in der Anstalt subjective und objective Besserung zeigten; Fieber, Nachtschweisse, Appetitlosigkeit verloren hatten. Die Reaction nach Einspritzung von 0,001—0,01 war gering: leichtes Fieber, Mattigkeit, Schweisse, Schlaflosigkeit, beschleunigte Respiration, Uebelkeit, Erbrechen, vermehrter oder verminderter Husten, erleichterter oder erschwerter Auswurf. Ein dritter Theil der Patienten blieb bei 0,01 von den genannten Symptomen verschont. Bei Einzelnen traten in den Lungen physikalisch nachzuweisende Verdichtungen auf, die früher nicht zu finden waren (cfr. Angaben von v. Noorden. Ref.), ferner deutliche Drüsenschwellungen, auch die von Fräntzel beschriebene Veränderung der Bacillen im Auswurf. Drei Kranke, zur selben Kategorie gehörig, zeigten schwere Reactionserscheinungen: nach Injection von 0,004 blieb eine Erhöhung der Temperatur einige Tage anhaltend, verbunden mit Abgeschlagenheit, Schlaf- und Appetitlosigkeit, völliger Aphonie, Nasenbluten, starken Schweissen. In den Lungen vermehrtes Rasseln, so dass man an eine acute lobuläre Pneumonie denken musste.

II. Kategorie: 12 Patienten mit Fieber oder Neigung zu demselben und zu Schweissausbrüchen, doch durch den Aufenthalt in der Anstalt gekräftigt. Maximum der Injection 0,002. Reactionserscheinungen präciser, obgleich schwere Symptome ausblieben.

III. Kategorie: 6 Patienten mit hektischem Fieber, zunehmender Schwäche. In 3 Fällen Besserung nach Injection von 0,005. Verminderung der Nachtschweisse. Reactionserscheinungen fulminant. Die Besserung war nicht anhaltend. In einem Falle, wo die Nachtschweisse aufgehört hatten, trat bald darauf eine Pneumonie ein, die wohl den letalen Ausgang bedingen wird. Folgende Sätze stellt Verf. auf: Lungenkranke, die auf den Weg der Heilung gebracht worden sind, reagiren auf kleine Dosen in der Regel nicht mit hohem Fieber. — Das Fieber ist nicht nothwendige Begleiterscheinung der Reaction; dieselbe muss oft in unbedeutenden subjectiven Symptomen der Kranken gesucht werden. *Lungenkranke, die absolut keine acuten Beschwerden zeigen, bei denen wahrscheinlich abgekapselte Herde in den Lungen bestehen, sollen auf keinen Fall der Probeimpfung unterzogen werden.*

Prof. Helferich: Ueber die Erfolge, welche mit dem Koch'schen Heilmittel bei Kranken der chirurgischen Klinik erzielt worden sind. (D. med. Woch. № 50).

Die Injection versetzt die sichtbaren Lupusstellen in einen entzündungsähnlichen Zustand, wobei die Temperatur an den lupös veränderten Hautpartien ansteigt; dann tritt eine reine Granulationsfläche auf, von deren Rande die Ueberhäutung beginnt. In scheinbar gesunden Lupusnarben können durch die Injection Reste von lupösem Gewebe manifest werden; makroskopisch noch nicht erkennbare, so zu sagen latente Lupusknötchen werden deutlich. In einigen Fällen traten nach der Injection scharlach- oder masernähnliche Exantheme auf, auch Herpes labialis wurde beobachtet. Die Erfahrungen bei Tuberculose der Knochen und Gelenke sind den von anderen Autoren bereits beschriebenen ähnlich.

Cornil: Traitement de la tuberculose par la méthode de Koch. (Bulletin médic. № 96).

Verf. stellt 3 Contraindicationen auf: 1) Eine weit vorgeschrittene Zerstörung der Lungen; hier kann durch die locale Reaction die Gefahr der Hämorrhagie gross werden. 2) Ausgedehnte Larynxtuberculose; hier kann es leicht zu Glottisödem nach der Injection kommen. 3) Allgemeine Tuberculose; durch die gleich-

zeitige Reaction am Peritoneum, in den Lungen, im Gehirn etc. können schwere Zufälle ausgelöst werden. Abelmann.

Prof. A. Jarisch (Innsbruck): Lupus vulgaris. Tod 36 Stunden nach Injection von zwei Milligramm Koch'scher Lymphe. (Wiener klin. Woch. № 50).

Die Lymphe wurde in Originalverpackung durch Vermittelung der k. k. österr.-ung. Botschaft Prof. Rokitanski übermittelt. Die Verdünnung geschah in Gegenwart des Verf., von Rokitanski und Nicoladoni. Carbollösung wurde hinzugefügt. Mit derselben verdünnten Lymphe wurden an demselben Tage 4 Patienten (3 Lupus, 1 Coxitis) behandelt. Bei diesen war zwar das Reactionsfieber hoch, Collaps aber nicht zu verzeichnen. Die 5. Patientin: Anna K., 17 Jahre alt, war am 2. April 1889 wegen ausgebreitetem Lupus exulcerans des Gesichts in die Klinik von Jarisch aufgenommen. Zur Zeit der Aufnahme wurde constatirt: schlechte Ernährung, blasses Aussehen, mangelhafte Entwickelung. Der Verlauf der Allgemeinreaction (die locale Reaction bot wenig Abweichung von dem bereits bekannten Bilde) war folgender:

3. Dec. 9½ U. Morg. Injection von 0,002.
„ 2½ „ Nachm. T. 39,6, P. 140. Schüttelfrost. Schwellung der lupösen Hautpartie.
„ 3½ „ „ „ 39,9, „ 140. Kopfschmerzen.
„ 4½ „ „ „ 40,3, „ 140.
„ 5½ „ „ „ 39,9, „ 140. Erbrechen gallig gefärbter Massen.
„ 6 „ Abends „ 40,4, „ 142. Somnolenz.
„ 10 „ „ „ 40,6, „ —
„ 11 „ „ „ 41,0, „ 160.
„ 12 „ Nachts „ 41,1, „ 160.
Zwischen 1 Uhr—8 Uhr Morg. T. 40,5—41,0, P. 150—160.
4. Dec. 9 Uhr Morg. T. 40,9. Puls nicht zählbar, sehr klein, aussetzend.
„ 10 „ Vorm. „ 40,8. Urin spärlich, reich an Uraten, mässiger Eiweissgehalt.
„ 11 „ „ „ 41,0. Resp. 40.
„ 5 „ Nachm. „ 40,5. Puls kaum fühlbar, flatternd. Unfreiwillige Stuhlentleerung. Aetherinjection, Eisbeutel auf die Herzgegend.
„ 6 „ Abds. „ 40,5. Klysma mit Wein und zwei Grm. Antipyrin.
„ 7 „ „ „ 40,2. Resp. 64; Erbrechen und unfreiwillige Stuhlentleerung. Aetherinjection.
„ 8 „ „ „ 39,9. Aether-Campherinjection.
„ 9¾ Uhr Abends Tod.

12 Stunden nach Eintritt des Todes wurde von Prof. Pommer die Obduction ausgeführt. Sie ergab in Kurzem Folgendes: An allen lupös erkrankten Stellen die bekannten Reactionserscheinungen. Hochgradige Schwellung der submaxillaren, trachealen und bronchialen Drüsen. Die Ersteren enthalten in ihrem markig-weissen, weichen Gewebe hanfkorn-, erbsen- und darüber grosse, käsig erscheinende, starre, nicht zerreibliche Herde, welche *von deutlichen, flammigrothen, 1 Mm. breiten Höfen umzogen sind.* In den geschwellten trachealen und bronchialen Drüsen finden sich erweichte käsige Herde. Im Dick- und Dünndarm Geschwüre, welche sich durch besondere Eigenthümlichkeiten von gewöhnlichen tuberculösen Darmaffectionen unterscheiden. Das Coecum, die linke Flexur und die obere Grenzpartie der Flexura sigmoidea sind in ein starres, enges Rohr umgewandelt. In den Bindegewebsschichten, welche den Tänien anliegen, hanfkorngrosse, markig-weisse, weiche Knötchenbildungen. Die Wand des Coecum serös infiltrirt; *das sie bedeckende Fettgewebe fein, lichtroth injicirt; in demselben zahlreiche, hellgeröthete Drüsen.* Im Dick- und Dünndarm mehrere Substanzverluste; die Basis derselben von *unebenem, geröthetem Gewebe* gebildet, in welchem, gleichwie in dem zackigen, düster gerötheten Rande der Geschwüre, halbstecknadelkopfgrosse Knötchen eingelagert sind. Beide Lungen mit zahlreichen, disseminirten pneumonischen Infiltraten und Oedem durchsetzt. Oedem des Gehirns. Acute Schwellung der chronisch verdichteten Milz. Parenchymatöse Schwellung der Leber, der Nieren. An chronischen Veränderungen fanden sich: schwielige Verödung oberflächlicher Spitzenpartien beider Lungen (ohne Zeichen von Reaction um dieselben), geringe Stenose des Ostium atrio-ventr. sin., Hypertrophie des rechten Herzens. Pachymeningitis hämorrhagica. Abelmann.

Ed. Arning (Hamburg): Mittheilungen über Versuche mit der Koch'schen Injectionsflüssigkeit bei Lepra und Lupus erythematodes. (D. med. Woch. № 50).

Zu den Versuchen müssen solche Fälle von Lepra ausgewählt werden, welche ganz frei von irgend welchem tuberculösen Verdacht sind. 2 Fälle von Lepra anaesthetica maculosa standen zu Gebote. Bei dem einen Patienten wurden an 4 auf einander folgenden Tagen je 0,002—0,004—0,008 und 0,01, bei dem anderen 0,002 und 0,006 der Koch'schen Lymphe eingespritzt, ohne dass auch nur die geringste Störung des Allgemeinbefindens eingetreten wäre. Temperatur, Puls, Athmung blieben normal. Die Einspritzungen wurden theils unter die gesunde Haut, theils in die Mitte, theils an den äusseren Rand der anästhetischen Flecke gemacht. Absolute Reactionslosigkeit war immer zu constatiren (conf. Referat über Dr. Max Schmidt's Versuche in Riga, der zu gleichem Resultate gelangte. St. Petersb. med. Woch. № 48, pag. 438. Ref.).

2 Kranke, mit Lupus erythematodes behaftet, reagirten bereits nach Einspritzung von 0,002, die eine mit Schüttelfrost und hohem, 2 volle Tage währendem Fieber und Albuminurie; die andere durch das Auftreten von Erythem, Kopfweh und Larynxreizung, dabei aber keine Temperatursteigerung. Locale Reaction fehlte in beiden Fällen. Bei der ersten Patientin schwoll während der Allgemeinreaction eine vordem nicht bemerkte Supraclaviculardrüse acut an, war 3 Tage lang intensiv schmerzhaft. Verf. ist geneigt anzunehmen, dass in dieser Drüse tuberculöse Keime sich vorfanden, welche die starke Reaction bedingten. Abelmann.

Ernst Kromeyer (Halle): Histologisches über die Wirkung des Koch'schen Heilmittels gegen die Tuberculose. (D. med. Woch. № 49).

7½ Stunden nach stattgehabter Injection wurde bei einer lupösen Person ein 2 Ctm. langes Stück, welches halb normale, halb lupös veränderte Haut enthielt, excidirt. Die normale, an die Lupusherde angrenzende Haut war mit mehrkernigen Rundzellen infiltrirt, zahlreiche Wanderzellen durchsetzten das Epithel und waren unter der Hornschicht zu Haufen angesammelt.

Bei Durchmusterung des Tuberkels selbst fiel die grosse Anzahl mehrkerniger Rundzellen, also Eiterzellen auf. Von der Mitte des Tuberkels nach der Peripherie nahmen die Eiterzellen an Zahl zu, um schliesslich an der äusseren Grenze desselben einen dichten Mantel darzustellen. Somit wird durch die Koch'sche Lymphe in der Umgebung des Tuberkels eine Entzündung ausgelöst, welche zur Vereiterung desselben führt.

In der Sitzung vom 5. December 1890 der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien lenkte Prof. Kaposi die Aufmerksamkeit auf die beiden Momente der Injectionswirkung: die allgemeine und die locale Reaction. Unter den von ihm injicirten Nicht-Lupus-Fällen haben 1 Fall von Syphilis papulosa corymbosa, 1 Lepra, 1 Sarcoma pharyngis und 1 Lupus erythematosus acutus disseminatus ganz typische Allgemeinreaction ergeben, der des Lupus erythematosus sogar die intensivste von allen überhaupt beobachteten. Temp. bis 40,7, über 3 Tage andauernd bei Injection von 0,005.

Was die Localreaction betrifft, so tritt dieselbe bei Lupus immer charakteristisch auf; doch konnte er locale Gewebsreaction auch in folgenden Fällen constatiren:

1) in einem Falle von Lepra maculosa et anaesthetica, indem die ganz flachen Plaques zu rothbraunen, derben, tumorähnlichen Infiltraten anschwollen, sowohl nach der 1., als nach der 2. Injection;

2) in einem Falle von Sarcoma pharyngis; nach Injection von 0,005—0,01 Röthung und Anschwellung der Geschwulst nebst seröser Secretion; die Neubildung erschien später verkleinert;

3) in einem Falle von Ulcera gummosa syphilitica, wo ohne Allgemeinreaction Röthung, Anschwellung des Geschwürrandes und Grundes und seröse reichliche Secretion auftrat;

4) in einem Falle von Lupus erythematodes; Röthung und Schwellung nebst seröser Suffusion der Epidermis an der afficirten Partie.

Zum Schlusse berichtet Kaposi, dass seine Lupuskranken, welche nach 2-tägiger Pause zum zweiten Male mit der gleichen Dosis, wie zuerst injicirt worden waren, intensive und beunruhigende Allgemeinsymptome darboten. Vielleicht könnte eine Cumulirung der medicamentösen Intoxication stattfinden.

(Wiener kl. Woch. № 50). Abelmann.

Clem. Neisser: Die Bettbehandlung der Irren. (Berl. klin. Woch. № 38).

Verf. hat seinen in der neurolog. Section des X. internationalen Congresses gehaltenen Vortrag jetzt allgemein zugänglich gemacht. Das Thema ist ein zeitgemässes, denn in der That hat die Bettruhe, obgleich sie als psychiatrische Behandlungsmethode schon vor mehr als 30 Jahren empfohlen wurde, noch lange nicht die Verbreitung in der Therapie der Psychosen gefunden, die ihr zukommen müsste. Für den Anstaltsarzt wird es sich auch in Zukunft noch darum handeln, die *Indicationen* für dieselben immer präciser festzustellen. Für praktische Aerzte, die es meist mit beginnenden Psychosen zu thun haben, die im Hause behandelt zu werden pflegen, bildet die Bettbehandlung ein ganz unschätzbares Mittel, über welches noch immer zu selten disponirt wird. Wir hoffen deshalb durch diese Anzeige zu bezwecken, dass Neisser's praktisch wichtiger Vortrag von den Collegen und gerade auch denen, die nicht Irrenärzte sind, die verdiente Beachtung findet. Mercklin.

Jakoby (New-York): Die Behandlung der Diphtherie in den Vereinigten Staaten. (Vortrag, gehalten im X. intern. med. Congress zu Berlin).

Nachdem Vortrag. einige Daten über die Geschichte der Diphtheritis und der bei dieser Krankheit angewandten Mittel gegeben hatte, schilderte er das in Amerika allgemein übliche Verfahren. Die Prophylaxis wird in ausgedehntem Maasse gehandhabt: Allen Kindern, in deren Behausung ein Fall von Diphtherie vorkommt, ist der Schulbesuch streng untersagt. In New-York ist ein ganz bestimmtes Hospital zu Aufnahme Diphtheriekranker eingerichtet. Desinficirende Medicamente werden unentgeldlich vertheilt. Die Anwendung des chlorsauren Kali wird jetzt eingeschränkt. Was die localé Behandlung anlangt, so besteht sie in Pinselung mit Tinct. Jodi, Application von Jodoformpulver, Sublimatlösungen 1 : 1000 — 1 : 3000. Im Allgemeinen widerräth Jakoby die Pulverapplication bei Kindern. Er wendet gewöhnlich conc. Carbolsäure, Jodtinctur oder Bromlösungen an. Statt Inhalation werden Lösungen verordnet, welche in die Nase aufgesogen werden. Einen ausgedehnten Gebrauch macht J. vom Alkohol und zwar verschreibt er Brandy, Whisky oder Wein in häufigen und hohen Dosen. Täglich werden 50—100 Gramm Cognac verabfolgt; ohne dass Vergiftungserscheinungen durch Alkoholica zu constatiren sind. Innerlich wird Eisen gegeben. Stellen sich Erscheinungen von Herzschwäche ein, so wird Coffein subcutan injicirt. Gute Resultate sah Jakoby auch von Quecksilberpräparaten, namentlich Calomel und Sublimat. Er giebt Sublimat in Lösungen 1 : 1000 — 1 : 8000; ein einjähriges Kind verträgt von dieser Lösung 2—3 Ctgr. täglich, pro dosi 0,001; Fälle, die man früher nach Ausführung der Tracheotomie als verloren betrachtete, überleben die Operation dauernd, wenn man systematisch im Anschluss an dieselbe Sublimat verabfolgt. Abelmann.

William D. Hamilton: Ueber 7 Nierenoperationen. (New-York Med. Journ. № 611, 16. Aug.).

F. Tilden Brown: Ein Fall schwerer Hämaturie. Nephrectomie. Heilung. (Ibidem).

Hamilton hat im Verlaufe der letzten 3 Jahre 7 Mal Nierenoperationen vorgenommen und zwar 2 Nephrorhaphien, 2 Nephrotomien, 2 Nephrectomien und 1 Mal Incision nebst Drainage wegen paranephritischen Abscesses bei beweglicher Niere.

Fall I. 22-jährige Frau, seit 1 Jahr verheirathet, kein Kind, gut menstruirt. Als Kind hat sie eine Hüftgelenkaffection überstanden. Einige Monate vor Eintritt in's Hospital (1888) stellte sich häufiger Harndrang ein mit Vermehrung der Harnquantität, sowie dumpfer Schmerz in der Nierengegend, besonders rechterseits. Wenn die Schmerzen dieser Seite geringer, war der sonst trübe Harn auch klarer. Wiederholt wurde auch sandiger Niederschlag beobachtet, jedoch niemals Hämaturie, dagegen stets Eiterbeimengung. Kein Blasenstein. Die Diagnose lautete auf Pyelitis, bei möglicher Weise vorhandenen Steinen und wurde am 13. October 88 zur Nephrotomie geschritten, mit Drainage der rechten Niere. Der Verlauf und das Resultat sehr günstig, obgleich nur Pyelitis supp. gefunden. Pat. erholte sich ausnehmend gut, verlangte jedoch die Entfernung der Niere, da die Drainirung ihr sehr hinderlich. So wurde denn am 19. Jan. 89 zur Nephrectomie geschritten. Da es sich erwies, dass ein Theil der Niere geschrumpft und Verwachsungen vorhanden waren, wurde die Niere stückweise entfernt und um den Stumpf ein Ecraseur gelegt (der Arterie, Vene und Ureter in sich schloss), der täglich enger gezogen wurde und erst nach 4 Wochen den Stumpf entfernte. Der Verlauf gut. Heilung, nachdem einige Monate lang sich ein fistulöser Gang gehalten hatte. (Warum jedoch der Fall als tuberculöse Eiterung bezeichnet wird, bleibt unaufgeklärt. Ref.).

Fall II. 26-jähriges Mädchen, seit 5½ Jahren leidend, namentlich häufiges Harnlassen bei Tage und bei Nacht, oft 4—5 Mal in einer Stunde, ausserdem dazwischen heftige Nierenkoliken. Die beiden letzten Jahre fast beständig Hämaturie. Der Schmerz stets linkerseits in der Nierengegend. Abmagerung. Das Körpergewicht nur 85 ℔. Der Vater an Tuberculose gestorben; auch Pat. zeigte bereits Spuren davon. Kein Blasenstein, keine Albuminurie. Die Menstruation in Ordnung, nur steigerte sich die Hämaturie in der prämenstrualen Woche. Es wurde im April 1889 eine lumbale Explorativincision gemacht, das Organ zeigte keine Tumoren, auch ergab eine Serie von Punctionen der Niere keine positiven Zeichen von Abscessen oder Steinen. Die Wunde wurde wieder geschlossen und verheilte. Nun blieb die Hämaturie eine Woche lang aus, die Schmerzen waren gering, nur blieb die Harnmenge gross. Bald waren wieder alle Symptome arg, so dass im Mai 1889 bereits zur Nephrectomie geschritten werden musste. Der Stiel en masse ligirt. Der Heilungsverlauf gut. Jetzt wiegt Pat. 109 ℔ und ist frei von allen früheren Symptomen.

Fall III und *V* beziehen sich auf eine 30- resp. 27-jährige Frau, bei denen nach Nephrorhaphie die entsprechenden Symptome schwanden.

Fall IV. 27-jährige Frau, die mit Erfolg eine Nephrotomie wegen Nephritis suppurativa überstand.

Auch der *Fall VI*, wo bei einer 50-jährigen Pat. wegen beweglicher Niere und perinephritischen Abscesses incidirt und drainirt wurde, verlief günstig.

Tilden Brown beschreibt einen von Mac Burney operirten Fall von Hämaturie. — Die 26-jährige Frau, seit 5 Jahren verheirathet, hatte 3 Kinder. Im März 1888 traten ohne Ursache Hämaturie und Fieber und Schmerzen in der rechten Nierengegend auf. Dieser Anfall dauerte wenige Tage, und soll nach demselben damals schon Eiter im Harn gefunden worden sein. Der 2. ähnliche Anfall trat im August 1888 auf, nach einer schnellen und anstrengenden Bewegung, wobei Pat. einen scharfen Schmerz in der rechten Seite empfand. Der 3. Anfall im October 1889, nach ermüdender Arbeit und einem türkischen Bade. Die Untersuchung ergab keinen Nierentumor. Im Harne Blut und Eiter. Die Diagnose lautete, wie auch früher, „Nierensteine". Nach dem letzten Anfalle wurden die Erscheinungen immer ernster, starke Anämie, Erbrechen, Appetitlosigkeit, starke Schmerzen rechterseits, Kräfteverfall. Es wurde nun zur Operation geschritten und da nach Freilegung der Niere die Punction weder Zeichen von Abscessen, noch von Concrementen ergab, wurde die Niere exstirpirt. Nach etwas protrahirtem Verlaufe trat völlige Heilung ein.

Die anatomische Untersuchung der entfernten Niere ergab eine chronische Pyelitis mit Verdickung der Beckenschleimhaut und Bildung papillärer Excrescenzen, die wohl die Blutung gegeben haben können, wobei an die Möglichkeit gedacht werden muss, dass auch Calculi vorhanden gewesen, jedoch mit den Blutcoagula entfernt und übersehen worden seien. Petersen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

E. Klebs: Die allgemeine Pathologie oder die Lehre von den Ursachen und dem Wesen der Krankheitsprocesse. Theil II: Die krankhaften Störungen des Baues und der Zusammensetzung des menschlichen Körpers. (Allgemeine pathologische Morphologie). Jena 1889. Verlag von G. Fischer. 836 Seiten mit 79 farbigen Abbildungen im Text und 47 Farbentafeln. Preis 30 Mark.

In der Besprechung des ersten Theiles dieses umfangreichen Werkes (siehe diese Wochenschr. 1887, № 36) haben wir uns bemüht die Richtung desselben in einigen Hauptzügen wiederzugeben. Der uns jetzt vorliegende zweite Theil weist einen noch bedeutend grösseren Umfang auf als der erste. Wenngleich das gewiss nicht als ein Vorzug eines auch für Studirende berechneten Handbuches betrachtet werden kann, so liess sich das eben bei der in diesem Fache in den letzten Jahren durch die bahnbrechenden Entdeckungen in der Bacteriologie riesig angewachsenen Literatur kaum anders einrichten, und wir können dem so bewährten Autor für die fleissige Benutzung der letzteren nur Dank wissen. Es werden in diesem Bande der Reihe nach besprochen die verschiedenen Arten der Nekrose, der Degeneration und Infiltration, sowie der Atrophie. Darauf folgen die progressiven pathologischen Processe. Zunächst die drei Formen der Entzündung: die exsudative Entzündung, die überwiegend celluläre Entzündung und das Granulationsgewebe. Ferner die Regeneration der verschiedenen Gewebstypen. Zuletzt die Vergrösserung der Theile (Hypertrophie, Hyperplasie, Neoplasie) in drei Hauptgruppen: 1) Das typische Blastom (einfache Muskelhypertrophie und Riesenwuchs). 2) Das atypische Blastom oder die Gewächsbildung, in deren erster Abtheilung als Parablastome die Leukocytome (der Tuberkel, die lepröse Neubildung, das syphilitische Granulom, sowie die entzündungsähnlichen Granulome), ferner das Fibrom, das Endotheliom, das Angiom, das Lymphom und Myelom, Lipom, Xanthom und Myxom, Osteom und Chondrom, das Myom und das Sarkom abgehandelt werden, während die zweite Abtheilung das Archiblastom (Epitheliom und Adenom, sowie Epithelialcarcinom) und das Neuroblastom umfasst. Mit der 3) Hauptgruppe der Blastome, dem embryogenen Blastom oder Teratom schliesst dieser Band.

Wir wollen es bei dieser flüchtigen Inhaltsangabe bewenden lassen, da es uns nicht in den Sinn kommen kann, in einem kurzen Referate ein derartig umfangreiches und gediegenes Werk besprechen zu wollen, wie das vorliegende, dessen Werth hauptsächlich in einer gründlichen Kenntniss der älteren Lehren, in den Resultaten der eigenen fleissigen Forschungen des Autors, sowie in der eingehenden Verwerthung der Forschungen und Auffassungen anderer Autoren begründet ist. Zahlreiche farbige Abbildungen und Farbentafeln, wie wir sie in solcher Pracht nur selten in einem Lehrbuche anzutreffen gewohnt sind, erhöhen noch mehr den Werth dieses grossartig angelegten Werkes.

So können wir den zweiten Band nur noch wärmer, als den ersten, dem Studium der Fachgenossen empfehlen; es wird wohl Jeder, namentlich der Fortgeschrittenere, dabei auf wirklichen Genuss mit Sicherheit rechnen können, und sehen wir dem Erscheinen des dritten Schlussbandes mit grosser Spannung entgegen. Jalan de la Croix.



Protokoll der VI. Sitzung des zweiten livländischen Aerztetages.

Wenden, 29. August 1890, 3 Uhr Nachmittags.

1. Dr. Truhart lässt das Modell eines empfehlenswerthen Eisbeutels aus Gummi cursiren.

2. Dr. Joh. Meyer-Dorpat trägt vor: **„Zur Hebammenfrage"**. Nach eingehender Motivirung der Bedeutung dieser Frage führt Vortragender aus, dass die Leistungen der Hebammen den Anforderungen, welche die moderne Wissenschaft auf dem Gebiet der Antiseptik an sie stellt, in weitaus den meisten Fällen nicht entsprechen. Auf statistische Angaben über Mortalität und Morbidität wird verzichtet, weil die Beschaffung des Materials in den Ostseeprovinzen auf fast unüberwindliche Schwierigkeiten stösst. Der Standpunct, den die Gesetzgebung in den Culturstaaten zu dieser Frage einnimmt, wird kurz gestreift, und die detaillirten zeitgemässen Verordnungen der russischen Regierung eingehend besprochen.

Als Ursachen der trotz aller noch so vollkommenen staatlichen Verordnungen nicht zu läugnenden Mängel des gegenwärtig thätigen Hebammenmaterials bezeichnet Vortragender folgende Puncte:

1) die mangelhafte Vorbildung der Schülerinnen, die sich zu grossem Theil aus unbrauchbarem Material recrutiren;

2) die für die heutigen Anforderungen unzureichende Schulung der zahlreichen noch aus der voraseptischen Zeit stammenden Hebammen;

3) die Nachlässigkeit der zweckmässig geschulten Hebammen, welche ihrerseits veranlasst wird durch die meist fehlende Controlle der Aerzte und des Publikums in Folge persönlicher Indolenz; durch den Mangel jeder Anregung und Belehrung, so dass die nur äusserlich angelernte aseptische Sauberkeit bald als lästiger Ballast bei Seite gelassen wird; und nicht in letzter Linie durch die meist ärmlichen Honorarbezüge;

4) den Mangel sorgsamer Buchführung und der Anzeigepflicht im Falle fieberhafter Erkrankung im Wochenbett.

Nach kurzem Bericht über die in Deutschland angesichts der vorhandenen Uebelstände gemachten Vorschläge stellt Vortr. es als den Hauptzweck seiner Mittheilung hin, diese Frage hier anzuregen und die Herren Collegen zu einmüthiger Arbeit auf diesem Gebiete zu ermuntern. Ziehe man die als Ursachen der Uebelstände herangezogenen Verhältnisse in Erwägung, so liege es auf der Hand, dass zur Bekämpfung der Uebelstände in folgender Richtung vorgegangen werden müsse:

1) das Material für die Hebammenschulen ist möglichst streng zu sichten und gutes Material heranzuziehen;

2) die Hebamme soll von Seiten des Arztes in aseptischer Hinsicht belehrt und angeregt werden; die Verbreitung von Journalen, Kalendern, Gründung von Vereinen und Kassen wären erwünschte Maassnahmen, welche zur Hebung des Standes beitragen dürften;

3) die aseptischen Operationen der Hebammen sind streng zu controlliren und zu kritisiren;

4) die Anzeigepflicht fieberhafter Erkrankungen ist anzustreben;

5) es ist die Einführung einheitlicher Desinfectionsregulative erwünscht, um vor Verwirrung zu schützen;

(Vortragender verliest das Project eines derartigen Regulativs.)

6) endlich sollte für kostenfreie Beschaffung der Carbolsäure in der Armenpraxis Sorge getragen werden.

Die Einführung von Nachcursen und Gründung von Wöchnerinnen-Asylen werden zunächst als unerreichbar hingestellt.

Nur der Vollständigkeit wegen berührt Vortr. zum Schluss die Frage der auf dem flachen Lande anzustellenden halbgeschulten Dorfhebammen. Er hält den Boden für dieses Institut vom Standpunct der Aseptik aus für noch nicht geebnet und fürchtet von der sanctionirten Halbbildung mehr Schaden auf dem Gebiete der Aseptik, als von den gegenwärtig als Geburtshelferinnen thätigen klassischen Gestalten. Mit der grösseren Zahl der Hilfsleistungen wächst die Gefahr der Infection ebenso, wie mit der dreisteren Ausführung der in Folge des Halbwissens planund resultatlosen Untersuchungen.

Dr. Katterfeld-Waldheim (als erster Correferent): Dr. Meyer habe unstreitig sich ein grosses Verdienst erworben durch die energische Art, in der er die Aufmerksamkeit der Versammlung auf diesen wunden Punct lenkte. Die Zahl der Frauen, die durch Puerperal-Erkrankungen siech werden oder ganz zu Grunde gehen, ist weit grösser, als die medic. Statistik sie angiebt. — Die Verhältnisse in Kurland liegen anders als in den Schwesterprovinzen. Dort ist jede Gemeinde verpflichtet, eine Dorfhebamme zu halten. Meist kommt sie dieser Verpflichtung nach. Das „alte Weib" spielt daher in Kurland keine so grosse Rolle. Hierin sehe er im Gegensatz zu Meyer einen grossen Vorzug. Eine gewisse Vorbildung, das Pflegen in einer Anstalt ist unerlässlich, 1) damit bei abnormer Lage der Arzt noch rechtzeitig hinzugerufen werde, 2) damit die Pflegerin in der Aseptik angeleitet worden sei. Dieses letztere kann nur in Anstalten geschehen und darf unter keinen Umständen vom einzelnen Arzt verlangt werden. Nur in Krankenhäusern, die die Möglichkeit zu peinlichster Durchführung der Aseptik bieten, kann diese genügend geübt werden, daher erscheinen Ref. Nachcurse als ein Haupterforderniss. Freilich wird man damit allein nicht auskommen, da das Material, das wir zur Ausbildung erhalten, meist ein mangelhaftes ist. Durchschnittlich erhält die Landhebamme 50 Rbl. und Wohnung. Jede intelligente, zuverlässige Person verdient auf einem anderen Arbeitsfelde mehr. Oft lässt auch die Vorbildung viel zu wünschen übrig. Ref. erhielt noch vor 2 Jahren eine Hebamme aus dem Institut, die nicht zu lesen verstand. Wie soll solch' eine Person repetiren, geschweige denn sich weiter fortbilden. Gegen die absolut unbrauchbaren muss daher mit Strafen, ev. mit Entziehung der Pflegeberechtigung vorgegangen werden. Ausser Aufbesserung der materiellen Lage, sowie sorgfältigerer Auswahl der Schülerinnen erscheinen Ref. daher als wichtigste Forderungen Nachcurse und Strafbestimmungen.

Dr. Hach-Riga (als zweiter Correferent für Dr. v. Stryk): Für den abwesenden Collegen v. Stryk eintretend, könne er nichts Fertiges vorlegen, wolle nur kurz seine Wünsche und Ansichten aussprechen. Die Schilderung der Vorredner sei nicht zu schwarz und doch müsse er für die Hebammen eintreten. Seitdem die, vorherrschend von Dr. Worms entworfene, im Auftrage der Ges. prakt. Aerzte zu Riga in Druck gelangten „prakt. Regeln für Hebammen" bestehen und die Collegen in Riga sich verpflichtet, jeden Fall von fieberhafter Erkrankung im Wochenbett anzuzeigen, hat die Zahl der schweren Fälle im Wochenbett abgenommen, die Sauberkeit entschieden zugenommen. Dazu mitverholfen habe auch das Reichsgesetz, das leider noch zu unbekannt.

Alle Regierungen seien mit dieser ungemein wichtigen Frage beschäftigt, allen voraus Deutschland, dieses vorherrschend durch das energische Eintreten des Dr. Brennecke-Magdeburg, dem viel angefeindeten.

Mithelfen zur Besserung müssen und können:

1) Der Staat. 2) Die gebildeten Frauen. 3) Die Hebammen. 4) Die Aerzte, und zwar am wesentlichsten.

I. Die Regierung wird sich nicht passiv verhalten, die Frage sei eine brennende. Desideria sind folgende:

a) Die Lehrzeit — im II. Semester ca. $3^1/_2$ Monate — ist zu kurz. Verlängerung.

b) Strenge Prüfung, besonders was die Lehren der Antiseptik und Asepsis anbetrifft.

c) Wiederholte Prüfung nach einigen Jahren; braucht nicht auf der Universität stattzufinden, sondern durch einen Geburtshelfer in Gegenwart von Medicinalbeamten.

d) Die Hebamme hat unter strengster Controlle der Medicinalbehörde oder des Kreisarztes Buch zu führen über Geburten, Verlauf etc.

e) Die Hebammen sind moralisch zu heben: 1) durch Unterdrückung der nicht examinirten Pfuscherinnen, letztere mit strengen Strafen zu belangen; sie können jetzt machen, was sie wollen; 2) durch strenge Bestrafung bei Einleitung von Aborten. Es muss ihnen vor allen Dingen das Verwerfliche der Handlung klar gemacht werden.

f) Verbot, gynäkologische Behandlung ohne Arzt auszuüben.

g) Druck des Reichsgesetzes in 4 Sprachen.

II. Die gebildeten, der Geburt entgegensehenden Frauen müssen herangezogen werden. Es muss ihnen die Gefahr, der sie durch Unsauberkeit der Hebammen ausgesetzt sind, klar gemacht werden. Sie sollen als Verbündete der Aerzte wirken für sich und ihre Leidensgenossen. Dieses ein sehr wichtiger Factor! In Riga gelingt es. Wenn es nicht gelinge, sei es Schuld der Aerzte.

III. Die Hebamme selbst soll vom Arzt freundlich unterwiesen werden. Ref. wünscht weder Diaconissinnen noch Schwestern des Rothen Kreuzes. Man könne mit den auf jetziger Bildungsstufe stehenden Hebammen viel leisten, es bedarf nur unermüdlicher Anregung und Belehrung von Seiten des Arztes, der Vorbild sein soll. Also

IV. der Arzt als Vorbild. — Dieses leider nicht vorhanden. Wie sollen wir von den Hebammen Verständniss für Antiseptik verlangen, wo viele unter den Aerzten diese Begriffe nicht beherrschen? (Viele Aerzte nehmen direct von der Strasse kommend eine gynäkol. Untersuchung vor, ohne sich die Hände zu waschen, Collegen untersuchen Schwangere und Kreissende ohne den Rock abgelegt zu haben, ohne sich die Hände zu waschen!) Wir sollen und müssen scrupulös reinlich sein, sonst ist es mit dem Vorbild schlecht bestellt. Strengste Gewissenhaftigkeit gegen uns selbst schafft uns brauchbare Hebammen.

Dr. Joh. Meyer hält die Drohung mit dem Criminalgesetz in einzelnen Fällen für geboten, von der Verallgemeinerung erwarte er keinen Nutzen und warne davor. Dem Einwand, dass die Beobachtung der Aseptik zu kostspielig sei bei den ärmlichen pecuniären Verhältnissen, erwiedere er, dass die Aseptik nur scheinbar theuer ist, im Grunde aber sowohl an Geld als an Zeit Ersparnisse mit sich bringt. Auch er habe Infectionen durch „alte Weiber" erlebt und stelle dieselben absolut nicht ganz in Abrede. Die „alten Weiber" untersuchen in normalen Fällen doch wohl kaum. Zu Dr. Hach bemerkt M., er selbst habe bei Ausführung einer Embryotomie bei einer septischen Kreissenden sofort an demselben Tage eine schwere Zange mit absolut fieber-

losem Wochenbett anlegen müssen. Hebammen möchte M. die Praxis vor 3 Tagen nicht gestatten. Ihm sei es gleichgültig, welches Regulativ in den 4 Sprachen gedruckt wird — er wünsche nur Verbreitung eines einheitlichen Verfahrens, einheitlicher Vorschriften etwa durch Abfassung eines Hebammenkalenders.

Dr. Koppe warnt vor zu einseitiger Beurtheilung der Hebammen nach dem Grade ihres Wissens in der Antiseptik. Die Hebammen der alten Schule seien oft tüchtiger. Auch reine Laien leisten oft Tüchtiges. Es kommt neben dem Wissen vor Allem auf warmes Interesse und Gewissenhaftigkeit an. Das Publikum macht sich überall seine Aerzte und seine Hebammen. Es erscheint irrationell in eine absolut ungebildete Landbevölkerung eine gebildete Hebamme zu setzen. Sie werde dort schwer Vertrauen erringen und materiell nicht existiren können. Es erscheine daher ganz gerechtfertigt, Bäuerinnen wenn auch nicht zu Hebammen, so doch zu Pflegerinnen heranzubilden, welche auf Reinlichkeit halten und im Nothfalle den Arzt zu Hilfe rufen.

Dr. Wagner-Zabeln spricht sich im Gegensatz zu Dr. Meyer für die Dorfhebammen, wie sie in Curland gesetzmässig angestellt werden, aus. Er glaubt, dass durch Anwesenheit einer Hebamme bei allen Geburten viel Unheil verhütet wird, indem dadurch die rechtzeitige Herbeiholung des Arztes ermöglicht wird. Er glaubt, dass die durch dieselben vielleicht entstehenden Affectionen im Puerperium den bei der Geburt eintretenden Hindernissen und Zufällen gegenüber zurücktreten.

Dr. Joh. Meyer hat sich nie dagegen aussprechen wollen, dass ein Arzt sich eine wirklich brauchbare Gehilfin aus dem niederen Stande heranziehen kann. Auf Dr. Wagner's Ausführungen habe er nur zu erwidern, dass er mit grossem Interesse die Schilderung der in Curland bestehenden Verhältnisse verfolgt habe. In den ihm bekannten Gegenden Liv- und Estlands sei noch kein allgemeines Bedürfniss nach Dorfhebammen vorhanden. Er räume jedoch gerne der praktischen Erfahrung der curländischen Collegen eine zutreffende Beurtheilung der Bedeutung des Hebammenwesens ein.

Dr. Katterfeld: Dr. Meyer mache ihm den Vorwurf, er wolle den Hebammen mit dem Stock drohen. Das sei nicht richtig. Ref. sehe die Hebammen ebenso wie uns Aerzte als Diener der Humanität an. Wenn Ref. aber Strafbestimmungen und vor Allem Ausschluss für die Hebammen verlange, so fordere er für sie nur das, was jeder anständige Stand selbst erstrebt: nämlich, dass unwürdige Glieder aus seiner Mitte entfernt werden. Auch uns Aerzten kann die venia practicandi entzogen werden, wenn wir unseren Verpflichtungen nicht nachkommen. Dr. Meyer citire nochmals Chazau, der die Behauptung aufstellt, dass das „alte Weib" nicht inficire. K. müsse Ch. strict widersprechen. K. habe eine grosse Reihe von Infectionen in den wenigen Jahren seiner Praxis gesehen. Wie sei das auch anders möglich. Das „alte Weib" desinficirt sich nie und untersucht stets. Der Anverwandten und der Wöchnerin wegen muss sie das schon, um zu beruhigen. Je weniger Kenntnisse und Vertrauen sie besitzt, desto mehr muss sie durch äusserliche Geschäftigkeit beschwichtigen. Da sie gleichzeitig auch das „Besprechen" übt, muss sie Phlegmone, Rose etc. übertragen.

Dr. Hach unterstützt den Wunsch der Collegen Katterfeld und Wagner in Betreff der Dorfhebammen, die von den Aerzten gütlich weiter zu erziehen. Gegen Dr. Meyer bemerkt H., dass er Androhung der Anzeige für erlaubt hält. Bei einer Einsichtigen fällt sie entschieden fort, da sie sich keinem Lapsus aussetzen wird.

Dr. Wagner will die Hebammen in 2 Gruppen geschieden und beurtheilt wissen: die aseptisch und antiseptisch gebildeten der letzten Periode, wie sie aus den Hebammenschulen in Dorpat und Mitau hervorgehen, und in die aus älterer Zeit stammenden; Dr. Katterfeld schildere die pecuniäre Lage der Hebammen der curl. Dorfgemeinden zu schlimm. Es engagiren mehrere Gemeinden dieselbe Hebamme.

Dr. Joh. Meyer: Die Vermeidung der inneren Untersuchung ist höchst ideal, lässt sich aber zunächst wohl nicht durchführen. Dr. Hach hat es mit gebildeten Clienten zu thun in sehr geordneten Verhältnissen, er bemerkte daher auch in viel geringerem Maasse die Fehler, welche die Hebammen sich auf dem Gebiete der Aseptik zu Schulden kommen lassen, als die Collegen auf dem Lande und in den kleinen Städten.

Dr. Kusmanow betont die grosse Nothwendigkeit der Schaffung eines, wenn auch wenig ärztlich gebildeten Mittelstandes zwischen Hebamme und „altem Weibe" in Estland und Nordlivland, wo *jede* gebildete Hilfe fehlt, die gebärenden Weiber — sc. der Bevölkerung — auf das „alte Weib" allein angewiesen sind und dieses nicht im Stande ist, die pathol. Lage zu erkennen und nach ärztl. Hilfe zu schicken, im Gegentheil häufig trotz der drohendsten Gefahr, von derselben sogar abrathe.

Präses Dr. Truhart schlägt vor, die weitere Berathung der „*Hebammenfrage*", einer Commission zu übertragen, welche auf dem nächsten Aerztetage zu referiren ersucht wird. Der Vorschlag wird angenommen und zu Commissionsgliedern werden gewählt die DDr.: Hach, Katterfeld, Koppe, Meyer und v. Stryk.

3) Dr. Brehm-Riga spricht: „**Zur Behandlung der Fehlgeburt (abortus et partus prämaturus)**". (Der Vortrag ist in № 49 der St. Pbg. med. Wochenschr. in extenso erschienen.)

Der vorgerückten Zeit wegen kann keine Discussion stattfinden, sondern kommt noch die Mittheilung von

4) Dr. Treymann-Riga: „**Ueber Graviditas extrauterina**" zum Vortrag. (Der Vortrag wird in extenso in der St. Pbg. med. Woch. erscheinen).

5) Die Anfrage des Präses (cf. § 23 des Statuts) über etwa gewünschte Abänderung der Statuten wird von der Versammlung einstimmig verneint.

6) Nach einigen Abschiedsworten des Präses erklärt Kreisarzt Dr. Gaehtgens den II. livl. Aerztetag für geschlossen.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Driver: *Noch einmal der Chlormethylspray.* (D. med. W. № 42.) Verf. referirt ausser über seine eigene Krankheit (Ischias) noch über 4 andere Fälle von Neuralgie, welche er mit ausgezeichnetem Erfolge durch den Chlormethylspray (Debove) behandelt hat; er benutzte hierzu den Meusel'schen Sprayapparat.

— Lilienfeld macht auf die *bei Angina pectoris* sich wirksam erweisenden *Nitroglycerin-Trochisci*, welche vor 6 Jahren von Rossbach empfohlen wurden, aufmerksam. Dieselben enthalten 0,001 der Substanz und coupiren in 2—3 Minuten den Anfall. Schädliche Nebenwirkungen werden nicht beobachtet.

(Berlin. klin. Woch. № 44).

— Köster-Syke lobt die Wirkung des *Ammonium sulfo-ichthyol.* in einer Lösung van 10,0 : 1000,0 beim *Harnröhrentripper.* 3 mal täglich wurden die Injectionen vorgenommen. Am 2. Tage der Behandlung schwanden die Schmerzen beim Uriniren. Der Ausfluss währte 8—20 Tage. Auch bei Cystitis gonorrhoica bewährte sich das Mittel; es wurden 150 Gramm obiger Lösung täglich 2 mal mittelst Irrigators in die Blase injicirt; nach einigen Tagen war der Urin frei von dem sehr starken schleimig-eitrigen Satz. (D. Med. Ztg.).

— Trousseau sah bei einer Patientin eine torpide *Iridochoroiditis* mit Synechien und Hypopyon regelmässig *zur Zeit der Menses* recidiviren; nachdem 28 Mal nach der Reihe dieses Zusammentreffen beobachtet worden, blieben die Recidive aus, sobald Pat. schwanger geworden war; ein Recidiv trat zu Ende der Schwangerschaft auf, ein zweites nach der Entbindung; später wiederholten sich die Anfälle der Iridochoroiditis wieder regelmässig bei jeder Menstruation. (Sem. med. — Wien. med. Bl.)

Vermischtes.

— Am 7. December beging in Mitau der kurländische Gouvernements-Medicinalinspector, wirklicher Staatsrath Dr. Wilhelm v. Mulert, sein *fünfzigjähriges Dienstjubiläum.* Der Jubilar ist ein Sohn Mitaus und hat sich in den verschiedenen Stellungen, welche er in dieser langen Reihe von Jahren dort eingenommen, allgemeine Anerkennung und Liebe zu erwerben gewusst.

— Die Stadtduma von Kiew hat den Professor der Chirurgie Dr. Karawajew anlässlich seines 50-jährigen Jubiläums als Professor in Kiew zum *Ehrenbürger der Stadt erwählt* und ausserdem beschlossen, die Strasse, in welcher er wohnt, „*Karawajew-Strasse*" zu benennen.

— Der ehemalige Professor der Augenheilkunde an der militär-medicinischen Academie, Dr. E. Junge, welcher in den letzten Jahren Director der Petrowski'schen landwirthschaftlichen Academie war, hat auf seinem Gute (18 Werst von Feodossia) eine *Augenheilanstalt* eingerichtet.

— *Verstorben*: 1) Am 11. December zu Riga Dr. Wilhelm Westermann im 51. Lebensjahre. Der Verstorbene hat von 1860—67 in Dorpat Medicin studirt und ist daselbst auch zum Doctor medicinae promovirt worden, wurde aber später Cassirer in einem Bankgeschäft und Buchhalter des städtischen Hypotheken-Vereins in Mitau. 2) In St. Petersburg am 12. December der frühere Apotheker des hiesigen Ssemenow'schen Militärhospitals, Staatsrath Julius Martens, im 64. Lebensjahre. Der Verstorbene war als Begründer und Inhaber der ältesten (im J. 1877 gegründeten) einheimischen Fabrik antiseptischer Verbandmittel und vieler pharmaceutischer Präparate auch in weiteren ärztlichen Kreisen bekannt.

— Am 12. December beging die *Universität Dorpat in festlicher Weise den 88. Jahrestag ihres Bestehens* unter zahlreicher Betheiligung der academischen und auch weiterer Kreise der Stadt. Mit Stolz kann diese Stätte der Wissenschaft auf die 88 Jahre ihres Wirkens zurückschauen, denn mehr als 14,000 haben in diesem Zeitraume an dieser Hochschule ihre academische Bildung gesucht und gegenwärtig sind es 1750 Studirende, welche noch den Studien an derselben obliegen. Die Liebe und Treue, welche die ehemaligen Jünger der Dorpater Universität der Alma mater bewahren, bezeugen die zahlreichen Glückwunschtelegramme (über 100), welche an diesem Tage aus den verschiedensten Gegenden der Welt in Dorpat eingelaufen sind.

Auf dem Festact in der Aula der Universität hielt dieses Mal ein Glied der medicinischen Facultät, der Professor der Chirurgie Dr. Wilhelm Koch, die *Festrede*, in welcher er, unter ein-

gehender Beleuchtung der Grundsätze der modernen Kriegsführung, sowie der Wirkung der modernen Schusswaffen, die Aufgaben skizzirte, welche die Kriegschirurgie in den Schlachten der Zukunft zu erfüllen haben werde.

Hierauf berichtete der Rector Prof. Meykow über das Ergebniss der seitens der Studirenden gelösten *Preisaufgaben.* Es sind diesmal im Ganzen *fünfzehn Medaillen* — eine seit dem Bestehen der Universität noch nicht dagewesene Zahl — und zwar 10 goldene und 5 silberne zur Vertheilung gelangt. In der *medicinischen Facultät* waren drei Preisarbeiten eingegangen, die sämmtlich goldener Medaillen für würdig erachtet wurden. Zwei der gekrönten Arbeiten behandelten die Preisaufgabe: „Es soll weiteres Material zur Klärung der Cervixfrage erbracht werden" und hatten den Stud. med. Alexander Keilmann aus Riga und Stud. med. Eugen Gernhardt aus Livland zu Verfassern. Die dritte, mit der goldenen Ssuworow-Medaille gekrönte Arbeit hatte die Preisaufgabe: „Ueber Verwendbarkeit der Spectroskopie zur Unterscheidung der Farbenreactionen der Gifte im Interesse der forensischen Chemie" zum Gegenstande. Als ihr Verfasser erwies sich der Stud. pharm. Oskar Brasche aus Estland.

Aus dem Jahresbericht der Universität Dorpat entnehmen wir nachstehend noch einige, vorzugsweise die medicinische Facultät betreffende Daten für das Jahr 1890. Das *Lehrpersonal* der Universität besteht gegenwärtig aus 39 ordentlichen und 4 ausserordentlichen Professoren, 1 Professor der orthodox-griechischen Theologie, 12 Docenten, 1 gelehrten Apotheker, 1 Observator, 7 Privatdocenten, 4 Lectoren, 5 Lehrern der Künste, 1 Lehrer der zahnärztlichen Technik und 1 Religionslehrer für Studirende der römisch-katholischen Confession — in Allem aus 76 Lehrenden. Ausserdem sind bei der Universität noch 51 nicht zum Lehrpersonal gehörende Personen angestellt. Eine *Veränderung in dem Lehrpersonal* der medicinischen Facultät ist durch den Tod des Professors der Chirurgie Dr. Eduard v. Wahl eingetreten, an dessen Stelle der ehemalige Docent der Chirurgie, Dr. Wilh. Koch, getreten ist. Nicht besetzt sind in der med. Facultät die Aemter der Prosectoren am anatomischen und pathologisch-anatomischen Institut.

Die *Zahl der Studirenden* betrug zum 1. December d. J. 1750 (123 mehr als vor einem Jahre), von denen 1025 (149 mehr als im Vorjahre) der medicinischen Facultät angehörten. Die *Zahl der nicht immatriculirten Zuhörer* beträgt 15.

Im Laufe des Jahres 1890 wurden überhaupt 448 academische Grade und Würden von der Universität ertheilt, davon in der medicinischen Facultät 294, und zwar die Würde eines Kreisarztes 9 Personen, der Grad eines Doctors 45, die Würde eines Arztes 46, der Grad eines Magisters der Pharmacie 7, die Würde eines Provisors 51, die Würde eines Apothekergehilfen 80, die Würde eines Dentisten 23 und die Würde einer Hebamme 33 Personen. Aus dem medicinischen Krons-Stipendiaten-Institut sind 2 Stipendiaten nach Vollendung der Studien zur Anstellung im Kronsdienst entlassen worden.

Die Zahl der in den *klinischen Anstalten* vom 1. Dec. 1889 bis zum 1. Dec. 1890 theils stationär, theils poliklinisch behandelten Kranken beträgt 15,110, und zwar wurden in der medicinischen Klinik 5447, in der chirurgischen 3146, in der ophthalmologischen 3608, in der geburtshilflichen Klinik 1408, in der Klinik für Nerven- u. Geisteskranke 636, in der Universitätsabtheilung des Bezirkshospitals 262 und in der Abtheilung für Zahnkrankheiten 603 Personen ärztlich behandelt. In dem pathologischen Institut wurden 101 Leiche obducirt und in dem gerichtsärztlichen Institut sind 82 gerichtliche und 44 pseudogerichtliche Obductionen gemacht worden.

— In *Jalta* ist am 14. Dec. von Dr. Lebedew die erste Injection mit der Koch'schen Lymphe gemacht worden, die bereits vor 2 Wochen von den Delegirten des ärztlichen Vereins in Jalta, DDr. Lebedew und Gurian, aus Berlin gebracht worden war, aber in Folge des Beschlusses des Medicinalrathes bisher nicht angewandt werden konnte. Jetzt hat der Minister des Innern gestattet, die Injection im Lazareth des rothen Kreuzes vorzunehmen. — Es wird von den Aerzten Jalta's beabsichtigt, späterhin eine besondere Heilanstalt für die Behandlungen mit Koch'schen Injectionen einzurichten.

— Die Stadt Riga beabsichtigt in nächster Zeit den Bau eines *Leprosoriums* in Angriff zu nehmen und zwar soll dasselbe 6³/₄ Werst ausserhalb der Stadt auf einem der Stadt gehörigen 40 Loofstellen grossen Grundstücke von *Dreylingsbusch* errichtet werden. Die Baukosten für das Lazareth, ein Wohnhaus für den Arzt, den Aufseher und das Dienstpersonal, eine Leichen- und Secirkammer sind auf ca. 50,000 Rbl. veranschlagt; ausserdem sind für die Beschaffung des Inventars 5800 Rbl. angesetzt. Obgleich Riga mit seiner Umgebung bereits gegen 100 Leprakranke zählt, so ist für's Erste doch nur ein Asyl für 40 Kranke in Aussicht genommen, da man annehmen kann, dass bei dem Fehlen eines Gesetzes zur zwangsweisen Internirung solcher Kranken, die Zahl der freiwillig sich dem Asyl anvertrauenden Leprakranken für's Erste die Zahl 40 nicht übersteigen wird.

— Die gesetzgebende Versammlung in *Sydney* hat die *obligatorische Internirung aller Leprakranken in besondere Krankenhäuser* zum Gesetz erhoben. Den Aerzten, Hausbesitzern und Familienhäuptern ist es zur Pflicht gemacht, jeden Fall von Lepra zur Anzeige zu bringen.

— Der vor Kurzem in Ssewastopol verstorbene erbliche Ehrenbürger W. J. Theologo hat der Charkow'schen und der Odess-schen Universität testamentarisch ein Capital vermacht, von dessen Zinsen an jeder der genannten Universitäten *10 Stipendien* jedes zu 500 Rbl., vergeben werden sollen. Die Studirenden welche ein solches Stipendium beziehen, erhalten während der Studienzeit nur 400 Rbl. jährlich; die jedes Jahr übrig bleibenden 100 Rbl. werden ihnen erst nach Absolvirung des Cursus auf einmal ausgezahlt. Die Verfügung des Erblassers tritt erst im Jahre 1894 in Kraft.

— Zur Verstärkung der wissenschaftlichen Hilfsmittel des *neu eröffneten pathologischen Instituts der Universität Moskau* haben die Erben des verstorbenen Dr. Kunin 10,000 Rbl., Baron Knoop 5000 Rbl. und das Bankhaus Junker & Co. 2000 Rbl. gespendet.

— Die hiesige militär-medicinische Academie beging am 1 December ihren *84. Stiftungstag.* In der Versammlung hielt der Professor der Chemie, Dr. Dianin, die Festrede, welche die *Lehre von den Fermenten* zum Gegenstande hatte. Das verflossene Jahr ist für die Academie von einschneidender Bedeutung gewesen durch die seitens des Kriegsministeriums erhaltene Anweisung ansehnlicher Geldmittel zur Verbesserung der Kliniken. Mittheilungen aus dem von dem neugewählten gelehrten Secretär der Academie, Prof. Nassilow, verlesenen Jahresbericht pro 1890 behalten wir uns für die nächste Nummer vor.

— Der erste Todesfall in Russland in Folge von Behandlung mit der Koch'schen Lymphe wird aus Simferopol (Taurien) gemeldet. Wie der „Nowoje Wrjema" telegraphisch mitgetheilt wird, ist daselbst das Mitglied des Bezirksgerichts Kowalewski nach einer Injection gestorben.

— Eine interessante und wichtige Beobachtung hat bei Anwendung des Koch'schen Mittels der bekannte Krakauer Chirurg, Prof. Rydygier in seiner Klinik gemacht. Er fand nämlich, dass fast in allen Fällen von Tuberculose irgend welcher Art *die Milz während des Reactionsstadiums bedeutend anschwill*, um später wieder abzuschwellen. Damit stimmt auch der Befund an den in München und Innsbruck nach der Behandlung mit Koch'scher Lymphe Verstorbenen, an welchen bei der Obduction jedes Mal Schwellung der Milz und Leber constatirt wurde.

— Die *Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs* betrug am 16. December a. c. 6656 (66 mehr als in der Vorwoche); darunter 360 Typhus- (16 mehr), 683 Syphilis- (1 mehr), 147 Scharlach- (10 mehr), 26 Diphtherie- (1 mehr als in der Vorwoche), 6 Masern- (wie in der Vorwoche) und 170 Pockenkranke (41 weniger als in der Vorwoche).

Vacanz.

— Ein Arzt kann sich zu freier Praxis unter günstigen Bedingungen niederlassen. Nähere Auskünfte per Adresse: Аптекарю Штраусбергу въ мѣстечкѣ Россица, чрезъ станц. Георгіевскъ Динабургъ-Витебской жел. дор.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 9. bis 15. December 1890.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—5 Mon.	6—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.
278	236	514	113	34	78	11	2	15	52	43	43	40	49	22	12

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 9, Febris recurrens 5, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 13, Masern 0, Scharlach 12, Diphtherie 10, Croup 1, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 24, Erysipelas 6, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 86, Tuberculose anderer Organe 11, Alcoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 37, Marasmus senilis 24, Krankheiten des Verdauungscanals 55, Todtgeborene 20.

☞ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 8. Januar 1891.

Annahme der Mitgliedsbeiträge und Abonnements auf die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift".

☞ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 14. Januar 1891.

[A]dressen von Krankenpflegerinnen.

[A]delheid Vogel, В. О. 17 л., д. 12.
[?]О. Д. Кондратьева, Малая Итальянская, 43, кв. 20.
Frau Marie Kubern, В. О. уголъ 5 лин. и Академ. переул., д. 1/6, кв. 21.
[А]малія Львовна Риттеръ, по Лиговкѣ, домъ Фредерикса, 2 лѣстница, корридоръ 11, комната 67.
[.] van der Vliet, по Екатеринскому каналу, д. 172/174, кв. 61.
[P]auline Eurich, Ивановская ул., д. 18, кв. 11.
[A]malie Schulze, Площадь Александр. театра, д. 6, кв. 53.
[M]aria Brüllow, В. О. 6 л., д. 29, кв. 25.
[В]дова Гусарова, Забалканск. просп. д. 18, кв. 34.
[F]rau E. Kröger, Средняя подъяческая, домъ № 10, кв. 12.
[D]iakonisse Elise Tennison, Новоисакіевская улица, д. 20, кв. 8.
[.] М. Сурошкевичъ, Пески, 6-я ул., д. № 25, кв. 6.
[F]r. Martinelli, Выборгская стор., набережь. черной рѣчки дача Михайлова № 11/13 кв. 17.
[.] Winckler, по Екатерингофскому проспекту д. № 4, кв. 9, входъ противъ магазина Ландрина.

Продается въ книжномъ магазинѣ:
К. Л. Риккера
въ С.-Петербургѣ, Невскій пр. 14.
Д-ръ мед. **К. Флюгге.**
РУКОВОДСТВО КЪ [Г]ИГІЕНИЧЕСКИМЪ СПОСОБАМЪ ИЗСЛѢДОВАНІЯ.
Переводъ съ нѣмецкаго съ дополненіями.
[Д-]ровъ. **П. О. Смоленскаго и В. Ф. Нагорскаго.**
Подъ редакціею
Д-ра **М. И. Шмелева.**
1882. Цѣна 6 руб. за перес. 50 к.

[D]ie **chirurgische Heilanstalt** von Dr. **KNIE** in Moskau wird todeshalber mit aller [E]inrichtung, Instrumenten, auch auf Wunsch [m]it Haus unter sehr vortheilhaften Bedingungen verkauft. — Näheres in St. Peters[bu]rg bei Apotheker Schaskolsky, Moika 32, [Q]uart 3 — in Moskau bei Frau Dr. Knie: [А]рбатъ, Староконюшенскій пер., д. князя [К]озловскаго. — Ausserdem wird die reiche [P]rivat-Bibliothek d. Verstorbenen verkauft.

Изданіе **К. Л. Риккера,**
въ С.-Петербургѣ, Невскій пр., 14.
АКУШЕРСКІЙ СПУТНИКЪ
для студентовъ и врачей
Составилъ
Д-ръ А. Дюрсенъ (Берлинъ).
Переводъ подъ редакціей
Д-ра **Н. Н. Иванова.**
Съ 31 рисункомъ въ текстѣ.
[1]890. Цѣна въ переплетѣ 2 руб. за перес. 25 коп.

Cannes.
[D]r. **Hoffmann** hat vom November seine Praxis in Can[n]es wieder aufgenommen und wohnt Rue [G]ermann 1. 144 (1)

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.
Januar 1891 beginnt der 29. Jahrgang des
Centralblatt
für die
medicinischen Wissenschaften.
Unter Mitwirkung von
Prof. Dr. **Senator** und Prof. Dr. **E. Salkowski,**
redigirt von Prof. Dr. **M. Bernhardt.**
Wöchentl. 1—2 Bogen. gr. 8. Preis des Jahrg. 20 Mk.
Abonnements bei allen Buchhandlungen und Postanstalten.

Analytisches Cabinet
der
Newsky-Apotheke A. Bergholz,
Newsky № 68, gegenüber dem Palais Sr. K. H. d. Grossfürsten Ssergei Alexandrowitsch. — Telephon № 569.
Qualitative, quantitative mikroskopische Untersuchungen des Harns, der Milch. Untersuchung des Sputums auf Koch'sche Tuberkelbacillen, auf elastische Fasern, auf den strahligen Pilz der Actinomycose, Untersuchung der Faeces auf thier. Parasiten etc.
Mikrophotographisches Cabinet.

КАЛЕНДАРЬ БЕРЕМЕННОСТИ.
ТАБЛИЦА ДЛЯ ВЫЧИСЛЕНІЯ ВРЕМЕНИ РОДОВЪ
Д-ра Мед. Я. Дедюлина.
Цѣна 30 коп., а съ пересылкою 40 коп.
Продается у автора (Спб, Невскій пр., № 61) и во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

Die Mineralwasser-Anstalt
der Allerhöchst bestätigten Gesellschaft



Bekmann u. Co.,
Perewosnaja Nr. 6—8,
empfiehlt den Herren Aerzten ihre bekannten Curwässer: Ems Kränchen, Soden № 3, Vichy gr. gr., Vichy celestins, Carlsbad, Pyrophosphorsaures Eisenwasser, Lithionwasser u. a.; ausserdem Selters, Soda, Apollinaris, Gieshübler.
Die Basis aller Wässer ist destillirtes Wasser.
Von 20 Flaschen an Zustellung gratis.
Bei Verordnung pro paupero Rabatt 25 %



Kemmerich's Fleisch-Pepton.
Nach den von den Herren Professoren **Ludwig—Wien, Fresenius—Wiesbaden, König—Münster, Stutzer—Bonn** ausgeführten Analysen enthalt das **Kemmerich'sche Fleisch-Pepton** ca 18 % leicht lösliche Eiweissstoffe und ca. 39 % Pepton. **Kemmerich's Fleisch-Pepton hat angenehmen Geschmack und Geruch. — Kemmerich's Pepton ist käuflich in allen Apotheken und Droguenhandlungen.**
En gros-Niederlage für ganz Russland bei der **Südrussischen Pharmaceutischen Handels-Gesellschaft in Kiew.** 8 (9)

Das natürliche abführende Mineralwasser der Quelle
Franz Josef
in Budapest 135 (7)
ist in allen Apotheken, Droguen und Mineralwasser-Handlungen des russischen Reiches erhältlich.
Die Direction in Budapest.

Sputumuntersuchungen
nach bacteriol. **Methode Prof. Koch** (20 M.)
Dr. G. Kuntze,
Berlin NW, Holsteiner Ufer 45.

Dr. Peter Kaatzer's
Cur- und Pflegeanstalt
für Lungen- und Halskranke.
Königl. Bad Rehburg
(Hannover.) 117 (4)
Behandlung mit Koch'scher Heilflüssigkeit.

Дозв. ценз. Спб. 21 Декабря 1890 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.

XV. JAHRGANG. St. Petersburger Neue Folge VII. Jahrg.

Medicinische Wochenschrift

unter der Redaction von

Prof. Dr. Carl Dehio, Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Theodor von Schröder, St. Petersburg.

Die „St Petersburger Medicinische Wochenschrift“ erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Theodor von Schröder** in St. Petersburg, Malaja Italjanskaja № 33, Quart. 3, zu richten. Sprechstunden täglich von 2—4 Uhr Nachm., ausser Sonntags.

№ 52 St. Petersburg, 29. December (10. Januar 1891) **1890**

Ueber Hämatocele.

Von

Max von Strauch (Moskau).

Das Vorkommen bluthaltiger Geschwülste im kleinen Becken ist schon sehr lange bekannt. Nélaton[1]) gebührt das grosse Verdienst, diese Geschwülste anatomisch und klinisch genau analysirt und sie mit dem Namen Hämatocele retrouterina belegt zu haben. Er versteht darunter einen abgekapselten Bluterguss, der in der Peritonealhöhle zwischen Uterus und Rectum, also in der Douglas'schen Tasche liegt. Er nimmt an, dass jeder Bluterguss intraperitoneal sei. Bald nach ihm berichtet sein Schüler Viguès[2]), dass es auch extraperitoneale Blutsäcke gebe; leider aber lässt er sich bald von Nélaton überzeugen, dass seine Annahme eine irrige sei.

Die gewichtigen Stimmen Virchow's[3]) und Schröder's lassen sich auch zu Gunsten des ausschliesslich intraperitonealen Sitzes dieser Geschwülste hören, bis endlich J. Kuhn[4]) aus der Frankenhäuser'schen Klinik sichere Beweise für den auch extraperitoneal vorkommenden Sitz beibringt.

Ferner überzeugt A. Martin durch seine Laparotomien den in Salzburg 1881 tagenden Congress von dem factischen Vorkommen des Hämatoma periuterinum extraperitoneale. Heute kann also nicht bezweifelt werden, dass es intraperitoneale abgekapselte Blutergüsse — *Hämatocele* — und extraperitoneale Blutergüsse — *Hämatoma periuterinum* — giebt.

Diese beiden Formen sind streng auseinander zu halten, So hat z. B. v. Grünewaldt[5]) nicht das Recht seinen dort mitgetheilten Fall Hämatocele zu nennen.

Die tiefste Stelle des Peritonealraumes im Liegen und Stehen ist bei der Frau der Douglas'sche Raum. Bei leerer Blase und leerem Mastdarm exsistirt ein wirklicher rectouteriner Raum, in den sich gewöhnlich Dünndarmschlingen senken. Füllt sich die Blase, so wird der Fundus uteri, wie auf einem Kissen ruhend, erhoben und zum Kreuzbein hin geschoben; der Douglas'sche Raum schwindet; es legt sich die mit Peritoneum bedeckte Hinterfläche des Uterus an das Peritoneum der vorderen Rectalwand. Peritoneum liegt an Peritoneum; der Spalt exsistirt nicht mehr und sein eventueller Inhalt (bei normalen Verhältnissen Dünndarmschlingen, bei pathologischen flüssiges Blut, Ascitesflüssigkeit etc.) wird nach oben in den Peritonealraum zurückgedrängt. Dasselbe geschieht bei Füllung des Mastdarmes.

Blutet es in dem Peritonealraum, so muss das Blut in den Douglas'schen Raum sinken. Auf dieser Blutlache schwimmen Dünndarmschlingen. Flüssiges Blut reizt das Peritoneum kaum; hat es aber Zeit zu gerinnen, so übt es einen Reiz aus, der in diesem Falle die Dünndarmschlingen unter einander und mit den Nachbarorganen verkleben lässt. Es befindet sich somit das Blut im Douglas *abgeschlossen* von der übrigen Bauchhöhle. Blutet es nun in diesen Raum hinein langsam weiter, oder setzt eine neue Blutung

[1]) Nélaton: Gaz. des hôp. 1851, 1852, 1853.
[2]) Viguès: Des tumeurs sang. de l'excavation pelvienne. Thèse inaug. Paris.
[3]) Virchow: Die krankhaften Geschwülste. Bd. I, pag. 150.
[4]) J. Kuhn: Ueber die Blutergüsse in die breiten Mutterbänder etc. Zürich 1874.
[5]) Diese Zeitschrift 1883, pag. 270.

hierselbst ein, so bildet sich ein palpirbarer Tumor, der so lange wächst, bis sein Innendruck eben so hoch ist, als der Druck in dem Gefässe, aus dem es blutet. Dann erst steht die Blutung.

Bei einer Blutung in die freie Bauchhöhle — Hämorrhagia intraperitonealis — verblutet sich Pat., weil eben der intraperitoneale Druck nicht genügt um eine Blutung zu stillen.

Bei bereits nach oben gegen die Bauchhöhle abgeschlossenem Douglas kann es natürlich in diese präformirte Höhle bluten, wenn die blutende Stelle sich eben unter dieser abschliessenden Membran befindet.

Es kann schliesslich der Douglas'sche Raum garnicht mehr exsistiren, der retrovertirte Uterus ist flächenhaft fest an den Mastdarm gewachsen; in diesem Falle ist die tiefste Stelle des Peritonealraumes die Plica vesico-uterina, die sich unter solchen Umständen gewöhnlich sehr tief zwischen Uterus, ja Scheide und Blase herabsenkt. Blutet es nun in die Bauchhöhle, so kann sich die Hämatocele anteuterina[6]) bilden — ein mehr als seltenes Vorkommniss.

Soviel über die intraperitoneal abgekapselten Blutergüsse oder Hämatocelen!

Das Bindegewebe füllt in colossaler Mächtigkeit das ganze Becken aus. Man muss nur die berühmten Freund-schen Schnitte gesehen haben, um einen Begriff von dieser Mächtigkeit zu haben. In dieses Bindegewebe, um den Uterus herum und namentlich in das der Ligamenta lata, kann es natürlich bei Berstung eines daselbst befindlichen Gefässes zum Blutaustritt kommen. Wir haben dann vor uns das Hämatoma extraperitoneale.

Uebersteigt der Innendruck eines solchen Blutherdes den Elasticitätscoefficienten des deckenden Peritoneums, so muss letzteres reissen. — Es blutet nun auch in den Peritonealraum. Wir haben die Combination von Hämatoma und Hämatocele vor uns.

Ueberall, wo Blutgefässe im kleinen Becken sind, kann es durch Berstung derselben zu solchen Blutgeschwülsten kommen.

Ebenso wie es in einem absolut gesunden Hirn nicht zur Apoplexie kommt, ebenso kommt es bei ganz gesunden Beckenorganen nicht zur Hämatocele resp. Hämatoma, obgleich letztere Organe doch bedeutend mehr äusseren Schädlichkeiten ausgesetzt sind, als das Gehirn mit seiner überaus festen Schale.

Fall I.

A. K., 23 Jahre alt, wurde mir am 17. März 1889 behufs Operation aus der Provinz gesandt. Als Kind war Pat. stets gesund. Erste Regel im 14. Jahre, alle 4 Wochen, 7—8 Tage lang, ohne Schmerz. Im 20. Jahre verheirathete sich Pat. und gebar leicht nach einem Jahre. Wochenbett normal. Wegen eintretender Schwäche stillte sie nur 8 Wochen. Erneute Schwangerschaft, zweite normale Geburt vor 2 Jahren. In diesem Wochenbett fieberte Pat. 4 Tage lang und hatte grosse Schmerzen im Unterleibe. Seit diesem Wochenbett konnte sie sich nicht so recht erholen. Beim Coitus spürte sie von nun an häufig Schmerzen. Die bis dahin schmerzlosen, ganz regelmässig eintretenden Regeln, traten häufiger auf und verursachten Schmerzen. Nach 6-wöchentlicher Menostase (Pat. glaubte selbst schwanger zu sein) trat unter leichten Wehen am 15. December 1888 eine Blutung auf. Pat. legte sich zu Bett, weil die Hebamme einen Abort diagnosticirte. Plötzlich verspürte sie einen gewaltigen Schmerz im Unterleibe rechts, als ob etwas entzweirisse. Am selben Tage wiederholte sich dieser bis in die rechte Ferse ausstrahlende Schmerz und sofort stellte sich lästiger Harndrang ein. Als am 12. Tage nach dem vermeintlichen Abort die Blutausscheidung so ziemlich aufhörte, stand Pat. auf. Leider kann Pat. nicht mit Bestimmtheit angeben, ob mit den Blutgerinnseln eine Decidua abgegangen. Bald darauf bemerkte sie eine grosse Geschwulst im Unterleibe.

Am 19. März 1889 nahm ich Pat. in meine Privatklinik auf.

Status präsens: Eine hohe, äusserst anämische Dame mit normalen inneren Organen. Schwangerschaftsnarben sehr wenig deutlich; Linea alba kaum pigmentirt, Brüste klein und welk, keine Milch enthaltend.

In Rückenlage wölbt sich die rechte untere Bauchhälfte mehr vor als die linke. Man fühlt deutlich eine derbe, druckempfindliche Geschwulst. Die Grenzen sind nicht sehr scharf; sie reicht etwa bis 2 Querfingerbreit unterhalb des Nabels. Vom oberen Rande der Symphyse bis zur Geschwulstkuppe mit dem Tastercirkel gemessen 13 Ctm. Ueber der Symphyse, ein wenig nach links, fühlt man deutlich den Uteruskörper; ein wenig höher und nach rechts von der Linea alba einen runden Körper, den ich für das rechte Ovarium anspreche. Der Perkussionsschall über dieser ganzen Geschwulst gedämpft. Scheidenschleimhaut ungemein blass. Kleiner vernarbter Dammriss. Bei combinirter Untersuchung fühlt man deutlich die Gebärmutter ganz nach vorne und ein wenig nach links gedrängt; sie ist $8\frac{1}{2}$ Ctm. lang. Das hintere Scheidengewölbe, namentlich rechts, ist in das Lumen der Vagina vorgewölbt. Auf dieser Vorwölbung pulsiren mehrere Arterien. Diese Vorbuchtung geht unmittelbar in den von aussen gefühlten, grossen Tumor über, der nur undeutlich einen flüssigen Inhalt erkennen lässt. Aus dem Uterus scheidet sich blutiger Schleim aus, das Lumen des Rectums ist durch die Geschwulst stark verengt. Vom Rectum aus ist der Uterus nicht zu fühlen, die Geschwulst füllt entschieden den Douglas aus.

Die Untersuchung unter Chloroform am 25. März 1889 ergab nichts Neues.

Meine Diagnose lautete somit: Hämatocele retrouterina.

Ich wollte die Resorption der Geschwulst abwarten und versuchte während eines ganzen Monats auf's Sorgfältigste alle nur denkbaren, resorptionsbefördernden Mittel — leider ohne Erfolg.

Dass der rechts von der Linea alba über der Symphyse von aussen gefühlte kleine Körper das rechte Ovarium war, beweist der Umstand, dass Pat. am 2. April über starke Schmerzen in demselben klagte und er sich entschieden vergrössert hatte; am nächsten Tage erschien die Regel.

Da Pat. zeitweilig trotz Bettruhe grosse Schmerzen im Unterleibe spürte, der Allgemeinzustand trotz sorgfältigster Pflege sich eher verschlimmert hatte und sie selbst auf eine Operation drang, eröffnete ich am 23. April 1889 unter Chloroformnarkose vom hinteren Scheidengewölbe aus die Blutgeschwulst.

Nachdem Pat. wie zur Laparotomie vorbereitet und besonders die Scheide mehrere Tage vorher gründlich desinficirt war, stellte ich mir das Operationsfeld im Simon'schen Speculum ein. Ein etwa 5 Ctm. langer, halbmondförmiger Schnitt durchtrennte die Schleimhaut des hinteren Scheidengewölbes. Mit dem Finger arbeitete ich mich bis zur Geschwulst vor und incidirte die Kapsel derselben. Das Peritoneum war auf der Schnittfläche nicht zu erkennen. Sofort stürzte etwa ein Glas voll dunkler Blutgerinnsel hervor. Mit den Branchen einer Kornzange hielt ich die Schnittränder auseinander und spülte unter geringem Druck mit warmer Salicyllösung, wodurch weiterer Geschwulstinhalt zu Tage gefördert wurde. Ein Streifen Jodoformmarly (30%) wurde in die Höhle geschoben und die Vagina mit demselben Material leicht austamponirt.

Der genau untersuchte Geschwulstinhalt liess keine Schwangerschaftsproducte entdecken.

Täglich wurde durch den Scheidenschnitt die Höhle ein Mal ausgespült und dann Jodoformmarly eingeführt.

Pat. hat weder vor noch nach der Operation gefiebert; die höchste Temperatur während ihres Aufenthaltes in meiner Anstalt betrug 37,5.

Am 11. Tage nach der Operation stand Pat. auf und nach 10 Tagen verliess sie die Anstalt mit folgendem Befunde: die grosse Anämie ist entschieden gebessert. Aeusserlich fühlt man nichts von einer Geschwulst. Bei combinirter Untersuchung erweist sich der äussere Muttermund in der Führungslinie. Eine kleinapfelgrosse, rundliche Geschwulst liegt mehr nach rechts in der Kreuzbeinhöhlung. Aus dem Schnitt des hinteren Scheidengewölbes scheidet sich beständig blutig gefärbte Flüssigkeit aus.

Ich rieth der Pat. sich 2 Mal täglich 2% Carbollösung in die Vagina zu injiciren.

Am 28. Aug. 1889 sah ich Pat. in meiner Sprechstunde wieder. Sie sieht sehr wohl aus. Die Regeln sind ohne Schmerzen, normal gewesen. Im Unterleibe hat Pat. keine Unbequemlichkeiten, nur klagt sie nach längerem Stehen über Kreuzschmerzen. Bei combinirter Untersuchung fühlt man nichts von der gewesenen Hämatocele, nur die Schnittnarbe im hinteren Scheidengewölbe. Die Uterusanhänge sind auf beiden Seiten frei, der Uterus liegt in fixirter Retroversio-flexio.

Fall II.

Frau F. M., 30 Jahre alt, hatte ihre erste Regel im 13. Jahre, die wegen Bleichsucht im Laufe eines Jahres nur selten und spärlich auftrat. Nach vollendetem 14. Lebensjahre wurden die Menses regelmässig, setzten alle $3\frac{1}{2}$—4 Wochen ein und verliefen, 5 Tage lang, schmerzlos; nur zuweilen empfand Pat. ein leichtes Ziehen im Kreuz. Im 24. Jahre verheirathete sie sich und gebar nach 1 Jahr (vor nunmehr 5 Jahren) normal ein Mädchen, das sie 6 Monate selbst stillte. Zu der Zeit erkrankte Pat. an Malaria. Ein Jahr nach der Geburt bekam sie, ohne nachweisbare Ursache starke Schmerzen im Unterleibe und 3 Wochen lang andauernde Blutungen. Seit der Zeit besteht ein zuweilen auftretender Schmerz in der rechten Unterbauchgegend, der bis in's Knie ausstrahlt. Ihr Kind starb, $3\frac{1}{2}$ Jahre alt, an Meningitis tuberculosa.

[6]) Archiv f. Gynäkologie, Bd. V, pag. 348.

...terilität wegen wandte sie sich im Mai 1889 an einen ... Gynäkologen, der die Pat. wegen Erosionen (?) jeden ... Tag, 7 Monate lang, zu sich kommen liess und beizte. ... November 1889 machte derselbe Arzt der Pat. eine Keil...ion aus der hinteren Lippe, wornach sie 2 ½ Wochen lag ...ich sehr angegriffen fühlte. Die nächste Regel verspätete um ... übernächste um 10 Tage. Dieses wurde auf Anämie be... und Eisen gegeben. Ende Februar 1890 beginnt eine leichte ...ung mit starken Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend; namentlich Abends werden diese wehenähnlichen Schmerzen stark und dann scheidet sich etwas mehr Blut aus.

Am 17. März 1890 bekommt Pat. eine kurze Ohnmacht.

Am 18. März 1890 sehe ich sie zum ersten Male.

Hochgradige Anämie. Wenn Pat. versucht aufzusitzen, tritt eine Ohnmacht ein. Temp. normal, Puls 110. klein. Durch die Bauchdecken lässt sich ein Tumor palpiren, der bis ein Querfingerbreit unterhalb des Nabels reicht. Bei Berührung schmerzhaft, hat er deutliche Grenzen und zeigt ausgesprochene Fluctuation. Der Percussionsschall gedämpft. Aus der Scheide entleert sich blutiger Schleim. Uterus elevirt und ganz an die Symphyse gedrängt. Der hintere Fornix stark vorgebuchtet, deutlich fluctuirend. Das Rectum ganz comprimirt.

Diagnose: Hämatocele retrouterina. 3 ½ Wochen symptomatische Behandlung, dann wegen andauernder Schmerzen, Harn- und namentlich Stuhlbeschwerden, ferner wegen 10-tägiger abendlicher Temperatursteigerung bis 38,5, bei gleichbleibender Grösse des Tumors, am 12. April 1890 in der Privatwohnung der Pat., Schnitt durch das hintere Scheidengewölbe. Sofort stürzt zersetztes, unangenehm riechendes Blut hervor. Nachbehandlung wie im Fall I. Nach der Operation fühlt Pat. eine grosse Erleichterung; die Temp. fällt sofort und übersteigt nie mehr 37,7. Bei der Durchspülung am 5. Tage ist eine so grosse Menge alten Blutes durch den Wasserstrahl zu entfernen, dass ich den Durchbruch einer Unterabtheilung der Geschwulst annehmen muss.

10 Tage nach der Operation verlässt Pat. das Bett. Der Tumor ist so gross wie eine Kinderfaust.

Ende August 1890 habe ich Gelegenheit die blühende Frau wiederzusehen. Im Becken ist nichts Anormales zu finden.

Die *Aetiologie* des ersten Falles ist aller Wahrscheinlichkeit nach eine rechtsseitige Tubargravidität gewesen, trotzdem bei der Entleerung der Hämatocele keine Schwangerschaftsproducte gefunden wurden. Bei dieser Pat. war bis dahin die Regel nie länger als 4 Wochen ausgeblieben; sie hielt sich selbst für schwanger; nach 6-wöchentlicher Menostase tritt unter leichten Wehen eine Blutung ein, die nach Ansicht der Hebamme ein Abort ist. Ich kann die Decidua nicht demonstriren, es ist aber nach der Beschreibung der Pat. wahrscheinlich, dass eine solche in der Zeit abgegangen ist. Ich glaube nicht, dass Gusserow[7]), gestützt auf 4 Fälle, in denen er bei der Incision durch das hintere Scheidengewölbe (trotz Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Extrauteringravidität) keine Schwangerschaftsproducte fand, berechtigt ist anzunehmen, dass es sich auch wirklich nicht um Gravidität gehandelt habe. Wie leicht Schwangerschaftsproducte aus früher Periode resorbirt werden, hat uns Leopold gelehrt. Zudem bedenke man, dass man nur das gleich nach der Incision Entleerte sicher auffangen kann. Die Ausscheidung aus solch' einem Hämatocelensack dauert aber bekanntlich noch Wochen lang. Sollte da nicht manches beweisende Stück unbeachtet verloren gehen? Ich glaube bestimmt mit «ja» darauf antworten zu können, weil sich in letzter Zeit die Extrauteringravidität mit ungeahnter Häufigkeit herausstellt.

Im II. Falle ist wahrscheinlich durch die langdauernde locale Behandlung und die schliessliche Operation eine vielleicht schon früher vorhandene Pelviperitonitis hervorgerufen worden. Ein sicheres ätiologisches Moment für die Blutung lässt sich nicht nachweisen. Jedenfalls muss die Blutung in eine präformirte Höhle, oder wenigstens in einen mit Pseudomembranen stark überbrückten Douglas hinein stattgefunden haben, denn 10 Stunden nach begonnener Blutung war dieser pralle, deutlich abgrenzbare Tumor sicher zu palpiren.

Die *Diagnose* stellte ich in beiden Fällen auf Hämatocele retrouterina, d. h. auf intraperitonealen, abgekapselten Bluterguss (Nélaton). In beiden Fällen war bei Frauen, die an ihren Beckenorganen litten, plötzlich unter starkem Schmerzgefühl und Ohnmachtsanwandlungen schnell eine Geschwulst im Becken aufgetreten.

Mit dem Erscheinen dieser Geschwulst vergesellschaftete sich grosse Anämie. Beide Frauen litten sofort an Störungen bei der Entleerung von Blase und Mastdarm. Bei der ersten war der Druck, den die Geschwulst auf die Sacralnerven ausübte, sehr unangenehm fühlbar durch die grossen Schmerzen im rechten Bein, über die Pat. klagte. Beide Frauen hatten einen Tumor, der aus dem kleinen Becken emporstieg; die Conturen waren recht scharf, die Berührung schmerzhaft. Die Consistenz im I. Falle eher fest, im II. Falle entschieden prall gespannt, flüssig zu nennen. Bei beiden fiel die grosse Blässe der Scheidenschleimhaut auf. Der hintere Fornix war deutlich in's Scheidenlumen vorgewölbt, namentlich bei der zweiten der Uterus elevirt und ganz an die Symphyse gedrängt; in beiden Fällen entleerte sich aus demselben blutig-schleimige Flüssigkeit. Die Geschwulst war mit dem Uterus fest verbacken. Der Douglas'sche Raum war in beiden Fällen von der Geschwulst eingenommen, denn, per rectum untersucht, war eine gewaltige Masse zwischen Rectum und Uterus zu fühlen.

Kleine extraperitoneale Blutergüsse in's Ligamentum latum sind natürlich leicht durch ihre anatomische Lage zu erkennen. Sie schieben den Uterus auf die entgegengesetzte Seite und lassen entschieden eine sehr scharfe, gewöhnlich runde Grenze nach oben deutlich erkennen, während im Douglas'schen Raume, oder selbst von der Scheide kaum eine Geschwulst zu ertasten ist. Jeder beschäftigte Gynäkologe hat solche Blutergüsse häufig vor sich gehabt und, wenn er einigermaassen auf sie achtet, auch diagnosticirt. Dass bei denselben besondere, wehenähnliche Schmerzen auftreten, haben mir meine Pat. eigentlich nicht von selbst gesagt — höchstens bestätigt, wenn ich sie darauf aufmerksam machte. Man kann aber zu leicht in die Kranken so etwas hineinexaminiren, so dass ich wenig Gewicht darauf legen möchte. Solche kleine Blutergüsse werden in wenigen Wochen spurlos resorbirt, wie ich das bei 5 meiner Patientinnen in der Privatpraxis beobachten konnte. Anders wenn das Hämatom besonders gross wird. Da füllt es zunächst ein Ligamentum latum voll aus und kriecht dann auf die andere Seite hinüber, das Peritoneum der hinteren Wand des Uterus gewöhnlich abhebend. Die Elevation des Uterus und die Vorbuchtung der Geschwulst in die Scheide soll in diesen Fällen ganz besonders auffallend sein. Ich verfüge nicht über eigene derartige Beobachtungen.

Die Masse Blut oder Gerinnsel zwischen Uterus und Mastdarm wird wohl kaum so gross bei extra- wie bei intraperitonealem Bluterguss sein. Die Elasticität des Peritoneums, das die hintere Wand des Uterus deckt, ist bald überschritten. Das Gewebe reisst und das Blut gelangt in den Douglas'schen Raum — wir haben also eine Combination vor uns.

Aus dem eben Gesagten geht zur Genüge hervor, dass die Differentialdiagnose zwischen Hämatocele und Hämatom, so lange sie klein sind, entschieden möglich ist.

Bei grossen Blutgeschwülsten wird häufig eine Differentialdiagnose unmöglich; dieselbe ist aber praktisch auch nicht nöthig, da die Therapie in beiden Fällen eine gleiche ist.

Die *Behandlung* solcher Blutgeschwülste besteht zunächst in absoluter Ruhe und Eisapplication in die Vagina und auf das Abdomen, auch kalten Klystieren, um die Blutung so schnell als möglich zu stillen und die peritonitische Reizung zu beschränken. Gegen die Ohnmacht eventuell Excitantia. Die bald auftretenden Schmerzen werden mit Narcoticis bekämpft. Hierauf wird die Resorption abgewartet und, falls dieselbe nach etwa 2—3 Wochen nicht eintritt, werden resorptionsbefördernde Mittel gegeben. Viele, ja die meisten kleinen Blutergüsse schwinden von selbst. Nicht ganz so steht es, meiner Erfahrung nach, mit den grossen und grössten.

[7]) Archiv f. Gynäkologie, Bd. XXIX, pag. 402.



Sehr wenig bestimmt drückt sich Schröder[8]) aus: «Eine weitere Therapie ist durchaus unnöthig, da der Regel nach die Geschwulst sich eindickt und bis auf einen kleinen Rest resorbirt wird.»

Fritsch[9]) sagt: «Die Hämatocele ist ein noli me tangere, nur bei Jauchung darf man öffnen.»

Ich erinnere mich, wie ich vor 7 und 6 Jahren 2 bis zum Nabel reichende Hämatocelen zu behandeln hatte und im Vertrauen auf diese Aussprüche mit den Pat. eigentlich garnichts machte, sie immer vertröstend, dass es von selbst besser werden müsste. Die Folge davon war, dass sich Beide an andere Aerzte wandten und die Eine nach nicht langer Zeit zu Grunde ging.

Die Sache ist also doch nicht so ganz einfach. Etwas Aehnliches müssen Nélaton, Récamier u. A. erfahren haben. Natürlich darf man nicht wie Nélaton sagen: «Jede Hämatocele muss chirurgisch behandelt werden». Die schlechten Resultate der damaligen Zeit sind nur der mangelnden Antisepsis zuzuschreiben; denn es ist nicht sehr zur Nachahmung anregend, wenn Voisin in seiner Statistik über 20 chirurgisch behandelte Hämatocelen von 5 Todesfällen berichtet (25 %). Von den 75 % Geheilten waren auch noch viele in grosse Lebensgefahr durch den chirurgischen Eingriff gerathen.

Im Jahre 1872 rieth Spencer Wells jede Blutserum- oder Eiteransammlung in der Nähe der Gebärmutter zu punctiren und durch einen Drain offen zu halten, sich aber nicht auf Spontanheilung zu verlassen.

Nur in Deutschland verhielt man sich den Hämatocelen gegenüber so passiv, bis endlich Aug. Martin im Jahre 1881 in Strassburg mit seinem Vortrage «über extraperitoneales Hämatom» einen Anstoss zur Wendung in der Sache gab.

Man begegnet entschieden Hämatocelen, die sehr langsam oder factisch garnicht resorbirt werden. Die Frauen liegen Wochen, Monate, ja Jahre lang zu Bett, ohne dass die Geschwulst nennenswerth kleiner wird. Es giebt ferner solche Hämatocelen, die durch Druck auf Blase und Mastdarm den Zustand einer solchen Patientin zu einem desolaten machen. Zudem muss man die Möglichkeit nicht vergessen, dass eine solche Blutgeschwulst leicht in Eiterung übergehen kann, oder schliesslich durch irgend eine äussere Einwirkung platzen und ihren Inhalt in die Bauchhöhle entleeren kann. Es schwebt also über dem Haupte solcher Patientinnen das Schwert des Damokles. In diesen Fällen muss operativ eingegriffen werden. Wir haben 5 verschiedene Operationsmethoden:

1) Die Laparotomie (A. Martin).
2) Ein Schnitt parallel dem Poupart'schen Bande (Hegar, Pozzi).
3) Ein Schnitt durch's hintere Scheidengewölbe (Nélaton, Zweifel).
4) Vom Mastdarm aus (Crédé).
5) Die sacrale Methode von Kraske.

Ich habe in beiden Fällen die Hämatocele vom hinteren Scheidengewölbe aus eröffnet. Nach Abrasirung der Schamhaare wird an mehreren Tagen vor der Operation die Scheide mit Seife gründlich ausgerieben und darnach unter einem reichlich fliessenden Strahl Sublimatlösung (1 : 1000) ausgescheuert. Unmittelbar vor der Operation wird ebenso desinficirt. Im ersten Falle chloroformirte ich Pat., weil die Vorbuchtung ins Scheidenlumen nicht so ausgesprochen war, ich somit auf eine schwierigere Eröffnung rechnen musste. Im zweiten Falle eröffnete ich ohne Chloroform, weil der Geschwulstinhalt mir durch eine dünne Gewebsschicht von der Scheide getrennt schien. Durch die Operation wurde das Vorhergesehene bestätigt. Im ersten Falle hatte ich mich nach Durchschneidung der Scheidenschleimhaut noch stumpf durch's [illegible] etwa 2 Ctm. bis an die Geschwulst zu arbeiten. [illegible]weiten Falle eröffnete der erste kräftige Schnitt so[illegible] die Höhle.

Besondere Messer für eine solche Operation halte ich für unnöthig. In eine solche Geschwulst zu stechen ist misslich, da man ja nie sieht wohin man sticht und unangenehme Nebenverletzungen leicht eintreten können. Chirurgisch richtig und in diesem Falle leicht auszuführen sind grosse (einerlei ob die Portio halbmondförmig umgreifende, oder sagittale) Schnitte, so dass das Auge blutende Stellen sofort sieht und die Blutung durch Naht beherrscht werden kann. Durch vorherige Palpation wird man grössere Arterien natürlich vermeiden. In meinen beiden Fällen blutete es fast gar nicht. Nach Eröffnung der Geschwulst, die sich an dem sofortigen Hervortreten des charakteristischen Inhalts zu erkennen giebt, habe ich in keinem Falle besondere Versuche zur Entleerung derselben gemacht, sondern durch die auseinander gehaltenen Branchen einer Kornzange die Wundränder gehörig entfaltet und mit einem gewöhnlichen Glasrohransatz unter gelindem Druck eine warme (30° R.) Salicyllösung (1 : 2000) durchlaufen lassen. Nachdem 1 Liter der Lösung verbraucht war, wurde ein Jodoformmarlystreifen (30 %) sanft in die Höhle geschoben und mit demselben Material die Scheide locker austamponirt. Diese Manipulation wurde die ersten 10 Tage nach der Operation täglich, von da ab über einen Tag vorgenommen.

Die ersten 3 Tage mussten die Pat. die Rückenlage einhalten und bekamen einen Eisbeutel auf das Abdomen, hauptsächlich um einen gelinden Druck auf die Geschwulst auszuüben, der den Inhalt langsam ausstosse. Bei jeder weiteren Ausspülung war ich stets erstaunt über die grosse Menge Inhaltes, die sich durch den sanften Wasserstrahl entfernen liess. Und gerade diese *wenig active* Nachbehandlung möchte ich warm empfehlen.

Ein Abschaben des Inhaltes von der Sackwand mit Finger oder Instrument von der Vagina aus halte ich entschieden für gefährlich. Unangenehme von der Vagina aus nicht zu stillende Blutungen und ein Durchbohren der Wand mit nachträglichem Austritt des Inhaltes in die Bauchhöhle können gar zu leicht Folgen dieses unnöthigen Manipulirens sein.

Die Empfehlung Zweifel's[10]): «hinter der Einflusscanüle um das Rohr derselben herum einen durchbohrten Schwamm anzudrücken, um den sofortigen Rückfluss der Flüssigkeit zu hemmen und durch dieselbe die Höhle zu füllen, also die Wände zu entfalten, um damit auf die Tumorinnenwand eher antiseptisch einzuwirken», würde ich nicht befolgen. Die Gefahr einer eventuellen Ruptur des Sackes liegt mir doch zu nahe. Zudem kann es durch eine solche Entfaltung des Sackes gar zu leicht zu einer Blutung kommen. Ich glaube, alles Dieses ist unnöthig, wenn man nur *selbst* aseptisch die Nachbehandlung durchführt. Ist einmal die Oeffnung nach der Vagina da, so heilen solche Hämatocelen, sich selbst überlassen, am ungefährlichsten aus. Die eventuellen Nebenhöhlen solcher Blutgeschwülste scheinen sich selbst den Weg zur Vagina zu bahnen, wie im Falle II.

Mit diesem Zweifel'schen Operationsverfahren concurrirt die Martin'sche Laparotomie. Von einer Concurrenz kann eigentlich gar nicht die Rede sein, wenn man die Einfachheit des Vaginalschnittes mit der Complicirtheit einer solchen Laparotomie vergleicht.

Von Düvelius[11]) wurde namentlich als Gefahr der vaginalen Methode die eventuelle, von dort aus nicht zu beherrschende Blutung angeführt. Dieselbe scheint indess nur am Schreibtisch erdacht zu sein, denn wenn man 2—3

---

[8]) C. Schröder: Die Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. X. Aufl. 1890, pag. 570.

[9]) Fritsch: Die Krankheiten der Frauen. 1881, pag. 346.

[10]) Archiv für Gynäkologie, XXIII, pag. 421.

[11]) Archiv für Gynäkologie, Bd. XXIII, pag. 123.

Wochen nach eingetretener Krankheit operirt, scheint sie factisch nicht aufzutreten.

Ob das sorgfältige Abkratzen der Blutgerinnsel von der Sackwand, was bei der Laparotomie möglich ist und als besonderer Vortheil von ihren Anhängern gelobt wird, auch wirklich nöthig ist, möchte ich noch sehr dahin gestellt sein lassen.

Das Misslichste bei der Laparotomie ist, meiner Ansicht nach, der schlechte Abschluss der nach der Vagina drainirten Höhle gegen die übrige Bauchhöhle. Wie **Martin** selbst berichtet, ist es ihm mehrere Male nach Resection des Unnöthigen nicht gelungen, den Sack, wegen Brüchigkeit seiner Wandungen, gut zu vernähen. In solchen Fällen wurden die Wandungen so gut es ging über einander gelegt und die Bauchhöhle geschlossen. Da ist es doch der reine Zufall, ob ein solcher, häufig sehr infectiöses Material enthaltender Sackrest sich gegen die Bauchhöhle abkapselt, oder ob von ihm aus eine septische Peritonitis ihren Anfang nimmt.

Die Kuppe solcher Hämatocelen ist häufig fest mit Dünndarmschlingen verwachsen. Da sollte man nach Entleerung und Schrumpfung eines solchen Sackes doch eigentlich theoretisch eine Knickung des Darmes und Ileus erwarten. Ueber ein solches Ereigniss ist aber meines Wissens noch nicht berichtet worden. Die Waagschaale scheint also sehr zu Gunsten der vaginalen Methode sich zu senken.

Der Weg durch einen Schnitt parallel dem **Poupart**schen Bande würde sich namentlich für die Hämatocele der Ligamenta lata eignen. Der Einblick in diese Theile ist aber bei diesem verhältnissmässig grossen Eingriff ein geringer.

Die **Kraske**'sche sacrale Methode würde sich namentlich für solche Tumoren eignen, denen schwer per vaginam und eben so schwer per laparotomiam beizukommen wäre. Die Freilegung dieser Theile ist grossartig, der Eingriff indess ein gewaltiger.

Der Angriff der Hämatocele per rectum ist heutigen Tages wohl als aufgegeben zu betrachten, weil die Asepsis in dieser Gegend nicht zu beherrschen ist.

Resumé.

1) Die Begriffe: Hämatocele, Hämatoma und Hämorrhagia intraperitonealis sind streng auseinander zu halten.

2) Hämatocele kommt bei ganz gesunden Beckenorganen nicht vor.

3) Wenn eine Hämatocele bei entsprechender Behandlung sich im Laufe eines Monates nicht verkleinert und selbst nur wenig Beschwerden macht, so ist der Patientin die Entleerung der Geschwulst zu proponiren. Sie kürzt den Krankheitsverlauf bedeutend ab.

4) Bei Vereiterung des Geschwulstinhaltes und bei entschiedener Verschlimmerung des Allgemeinzustandes ist sofort zu eröffnen.

5) Der Schnitt durch's hintere Scheidengewölbe verdient seiner guten Resultate [12]) und seiner Einfachheit wegen den Vorzug vor der Laparotomie.

6) Die Nachbehandlung muss der Operateur selbst übernehmen und, wie ich das oben auseinander gesetzt, sich so passiv als möglich dabei verhalten.

7) Die Hämatocelenoperation sollten nur Aerzte vornehmen, die mit allen Details der Laparotomie vertraut sind.

Ein Fall von symmetrischer Gangrän beider Unterschenkel.

Von

Edgar Grubert.

Ordinator am Wilnaer Militär-Hospital.

Obgleich die grundlegende Arbeit **Raynaud**'s über die nach ihm benannte Affection bereits im Jahre 1862 erschienen ist, wird doch dieselbe — abgesehen von der englischen Literatur — so selten beschrieben, dass die Mittheilung des folgenden, zudem durch einen ungewöhnlichen Ausgang ausgezeichneten Falles vielleicht auf einiges Interesse Anspruch machen darf.

Der Gemeine des 2. Sappeur-Bataillons *Anton Iwanow*, 23 J. alt, trat am 27. Mai 1889, als am 7. Tage seiner Erkrankung ins Hospital ein. Derselbe ist von mittlerer Grösse und recht guter Ernährung. Der Puls ziemlich voll, die Zunge trocken und belegt. Der Leib mässig aufgetrieben. Seit 2 Tagen kein Stuhl. Das Athemgeräusch vesiculär. Die Milz nicht durchzufühlen. In der Coecalgegend Gurren. Auf Rücken, Brust und Bauch reichliche Roseola und Petechien. Grosse Hinfälligkeit. Temperatur am Morgen 39,9°, am Abend 40,6°. — Ordinirt: kräftige Abführung, Portwein, Milch.

28. Mai (8. Tag). Zwei Mal zu Stuhl gewesen. Puls ziemlich voll. Exanthem, wie früher, von petechialem Charakter. *Klagt über heftige Schmerzen in den Fussgelenken, für die kein objectiver Grund zu finden ist.*

29. Mai bis 4. Juni. Hohe Febris continua. Status typhosus. Delirien. Puls von mittlerer Spannung. Petechiales Exanthem über den ganzen Körper.

5. Juni (16. Tag). Exanthem blasst ab. Puls schwach. *Patient klagt über heftige Schmerzen in den Füssen*; stöhnt beständig. *Extremitäten kühl.* — Ordinirt: Camphor gr. j, Flor. benz. gr. iij. 6 Pulver täglich. Wärmflaschen an die Füsse. Einreibung von Chloroform, Extr. Belladonn. āā ʒj, Ol. Hyoscyami ℥j.

6. Juni. 38,5—39,0°. Puls voller; Exanthem im Erblassen. *Die Beine schmerzen weniger, besonders heftig das linke Bein. Der linke Gastrocnemius fühlt sich hart an und ist schmerzhaft.*

7. Juni. 38,3—38,8°. Puls von mittlerer Spannung. Klagt über Schmerzen in den Beinen. Exanthem blasser. In der Nacht Delirien.

9. Juni (20. Tag). Puls mittelmässig. Exanthem fast verschwunden. *Klagt über intensive Schmerzen in dem linken Bein. Die Haut am Fuss und Unterschenkel bläulich verfärbt und kühl. Sensibilität herabgesetzt. Auch das rechte Bein schmerzt, aber bedeutend weniger.* — Einreibung von: Spirit. vini rectificatiss. ℥vj, Camphor. q. solvitur, Liq. ammon. caust. ℥jj.

10. Juni (21. Tag). 38,0—38,3°. *Im linken Fuss voller Verlust der Sensibilität. Keine Ausbreitung der Gangrän.*

12. Juni. 39,1—38,1°. Die Gangrän schreitet fort.

13. Juni. 38,0—38,2°. Allgemeinbefinden besser. Vorläufiger Stillstand der Gangrän.

14. Juni. 37,7—38,3°. Puls ziemlich voll. Auf der Haut des linken Unterschenkels bilden sich Brandblasen.

15. Juni. 39,7°. Demarcation nicht ausgeprägt. Starker Fäulnissgeruch. Der Fuss stark geschwollen. — Ueberführung des Kranken in chirurgische Behandlung. Suspension des linken Beines.

17. Juni. Klagt über Schmerzen im Kehlkopf beim Husten.

18. Juni (29. Tag). Im Kehlkopf keine Schmerzen mehr. *Patient klagt über locale Schmerzen an der äusseren Fläche der rechten Wade und über Vertaubung der Zehen dieses Fusses.* — Wärmflaschen.

19.—21. Juni. Von den Zehen aufwärts fortschreitende *Mumification des linken Fusses.*

22. Juni (33. Tag). Die Gangrän des linken Unterschenkels schreitet nicht mehr fort. Die Schwellung des oberen Dritttheils nimmt sogar eher ab. An der distalen Grenze desselben bereitet sich die Demarcation vor. Am Fibulaköpfchen ein begrenzter Decubitus. — *Der rechte Fuss livid, kalt und ganz unempfindlich für Stecknadelstiche. Die Schmerzhaftigkeit der Wade geringer.* — Allgemeinzustand nicht schlecht. Puls ziemlich gut. Zunge feucht und ziemlich rein. Appetit, wenn auch in geringem Maasse, vorhanden.

24. Juni. An dem linken Unterschenkel beginnt die Demarcation entsprechend der Grenze des oberen und mittleren Drittheils. *Rechts keine Veränderung.*

25. Juni (36. Tag). *Ausgesprochene Gangrän an der vorderen Oberfläche des rechten Fusses und Unterschenkels.* — Suspension des rechten Unterschenkels.

26. Juni. Hohes Fieber, wie überhaupt während der letzten 10 Tage. Am Abend Delirien. Trockenheit und fibrilläre Zuckungen der Zunge. Puls 120, regelmässig und ziemlich voll. Zustand des rechten Beines unverändert. — Antifebrin.

27. Juni. Zunge völlig trocken und epithellos. Delirien. Kein Stuhl. Puls schlechter.

30. Juni. Auf dem Kreuz Decubitus.

1. Juli (42. Tag). Die Gangrän des rechten Unterschenkels hat sich annähernd bis zu denselben Grenzen wie linkerseits ausgebreitet.

2. Juli. 38,3—38,5°.

3. Juli. 38,5—38,0°.

4. Juli. 37,4—37,9°. Puls 100, voll. Zunge feuchter; keine fibrillären Zuckungen mehr.

5. Juli. 37,6—37,6°.

[12]) Zweifel, Gusserow, Schurinow, Mundé,



6. Juli (47. Tag). 37,2 — 38,0°. *Beginn der Demarcation am rechten Bein.* Allgemeinbefinden in den letzten 3 Tagen ziemlich gut.

7. Juli. 38,2 — 38,0°. Patient sehr apathisch. Puls 120, schwach, deutlich dikrotisch. Allgemeine Muskelunruhe. Beständiges Zupfen an der Bettdecke. Decubitus auf dem Kreuz schon handflächengross.

8. Juli. 37,9—38,3°.
9. Juli. 37,6—37,5°. Allgemeinzustand wieder besser.
10. Juli. 38,1—37,6°.
11. Juli. 37,6—37,8°. Der Appetit bessert sich.
12. Juli. 37,5—37,7°. Decubitus am rechten Schulterblatt. In den unteren Lungenlappen hinten beiderseits abgeschwächtes Athmen und Rasselgeräusche.
13. Juli. 37,6—37,5°.
14. Juli. 37,3—38,2°.
15. Juli. 37,3—38,2°. Am linken Unterschenkel geht die Demarcation entsprechend der distalen Grenze des oberen Drittheils bis auf die Knochen. Rechts dagegen ist die Grenze noch zweifelhaft und neuerdings sogar auf der Patella ein verdächtiger Fleck erschienen. Allgemeinzustand befriedigend. Der Decubitus am Kreuz reicht in der Ausdehnung einer Handfläche in die Tiefe bis auf die Knochen.
16. Juli. 37,5—38,0°.
17. Juli. 37,3—38,1°.
18. Juli (58. Tag). 37,6—38,2°. Linkerseits Amputation des Unterschenkels in der Höhe der oberen Tibiaepiphyse unter vollständiger Entfernung der Fibula. Rechterseits zu gleicher Zeit Amputation des Oberschenkels in der Mitte. Die Blutung aus den Lappen nach Lösung der Schläuche sehr unbedeutend. Allgemeinzustand nach der Operation gut.

Der weitere Verlauf bietet kein besonderes Interesse. Die Heilung erfolgte linkerseits im Bereich der Nähte per primam. Rechts hatte sich in der Wunde ein serös-blutiges Secret gestaut und gingen in der Folge die Nähte auseinander. Die endgiltige Abheilung erfolgte gleichwohl beiderseits ungefähr zu gleicher Zeit, und zwar erst gegen Mitte September, da auch linkerseits die behufs Drainage nicht vernähten Stellen ungemein langsam und träge granulirten. Diese ganze Periode verlief übrigens fieberfrei. Die Narbe am Stumpfe des rechten Beines wurde gleichfalls lineär, da die Lappen sich durch Heftpflasterstreifen vollkommen adaptiren liessen.

Etwa einen Monat später war auch der letzte Decubitus verheilt. Der allgemeine Ernährungszustand war zu dieser Zeit vortrefflich. Von complicirten Prothesen wurde mit Rücksicht auf die ökonomischen Verhältnisse des Patienten und den Mangel an Energie, welchen derselbe bei seinen Gehversuchen bewiesen hatte, abgesehen. Derselbe erhielt an das linke Bein eine Art Stiefel, um ihm das Auftreten auf das Knie zu ermöglichen und rechts eine kurze Stelze zur Ausgleichung der Längendifferenz. Zur Zeit seiner Entlassung war er noch nicht im Stande, sich ohne Krücken fortzubewegen.

Bei genauerer Prüfung der vorliegenden Krankengeschichte fällt zunächst in die Augen, dass Patient bereits am 8. Krankheitstage, also lange vor Beginn der Reconvalescenz, ja noch ehe sich das classische Bild des Status typhosus entwickelt hatte, über Schmerzen in *beiden* Füssen klagte. Da dies erst der zweite Tag seiner Beobachtung im Hospital war und bei dem Mangel ausgesprochener objectiver Symptome anamnestische Erhebungen in dieser Richtung wohl kaum angestellt worden sind, so muss sogar die Möglichkeit zugegeben werden, dass dergleichen Erscheinungen auch schon früher dagewesen, aber vom Kranken nicht erwähnt worden waren.

In der nun folgenden mehrtägigen Periode typhöser Depression haben jedenfalls weder Arzt noch Kranker auf die unteren Extremitäten geachtet. Kaum aber nähert der infectiöse Process sich seinem Ende, als auch schon dieselben Klagen hervortreten, wobei jetzt auch schon Kühle der Extremitäten (locale Syncope) constatirt wird, und zwar hinreichend stark ausgesprochen, um besondere Maassnahmen zur Unterstützung der gefährdeten Circulation zu indiciren. Hiernach tritt eine Periode relativer Besserung ein, die namentlich rechterseits eine ziemlich lange Dauer erreicht, während links bald in Scene treten: Verlust der Sensibilität bei hochgradiger spontaner Schmerzhaftigkeit, Härte der Wadenmusculatur, Cyanose, Schwellung des Fusses in Folge von Rückstauung des venösen Blutstromes nach Unterdrückung der vis a tergo, mit einem Worte, ein Fortschreiten der Krankheitserscheinungen bis zur localen Asphyxie und schliesslich zur Gangrän und Mumification von den Zehen aufwärts. In der Folge treten dieselben Erscheinungen in ähnlicher Reihenfolge dann auch auf der rechten Seite auf.

Wie mir scheint, lässt dieses Krankheitsbild keine andere Diagnose zu, als die der Raynaud'schen Krankheit oder symmetrischen Gangrän. Die charakteristischen Züge desselben sind eben *der frühzeitige Beginn der Erscheinungen auf beiden Seiten zugleich und der typische, von vorübergehenden Besserungen unterbrochene Verlauf* durch die Perioden der localen Syncope und Asphyxie bis zur Gangrän mit dem Ausgang in Mumification. Infectionskrankheiten, in specie der Flecktyphus, werden relativ häufig als veranlassendes Moment erwähnt.

Sehr ungewöhnlich ist nur die Ausdehnung, welche die Gangrän in unserem Falle erreichte. Wenigstens legen Raynaud selbst und die meisten übrigen Autoren Gewicht auf den Umstand, dass bei dieser Krankheit selten mehr als begrenzte Hautpartien an den Kuppen der Finger und Zehen oder höchstens einige ganze Finger absterben. Doch fehlt es auch nicht an Beispielen ausgedehnterer Verluste, in denen trotz sorgfältiger Untersuchung gleichwohl keine mechanischen Hindernisse der localen Circulation constatirt werden konnten. Von den mir zugänglichen erwähne ich einen Fall von Affleck (Brit. Med. Journ. Dec. 8. 1888), in dem auf der einen Seite sämmtliche Zehen, auf der anderen der halbe Fuss gangränös wurden; sowie einen Fall von Bellamy (ibidem, April 9. 1887), in welchem am vierten Tage einer Varicella beiderseits Gangrän bis zum Oberschenkel hinauf eintrat, und zwei Tage später der Exitus letalis erfolgte.

Die Spontangangrän durch marantische Thrombose, welche in unserem Falle noch in Frage käme, unterscheidet sich hinreichend durch ihr *einseitiges Auftreten erst während der Reconvalescenz* (Cf. Leyden Ueber einen Fall von Thrombose der Arteria poplit. sin.; Berl. klin. W, 1890 № 14). Die anatomische Untersuchung der amputirten Gliedmaassen ist in unserem Falle leider unterlassen worden. Freilich versprach dieselbe auch bei der vorgeschrittenen Fäulniss kaum ein brauchbares Resultat.

Aus dem späteren Verlauf verdient der Wechsel der Allgemeinerscheinungen erwähnt zu werden. Die Temperaturcurve hatte mit dem Erblassen des Exanthems einen lytischen Abfall zu mittleren Höhen gezeigt; stieg dann, während sich die Gangrän ausbildete, wieder über 39,0°, hielt sich beinahe 2 Wochen lang (aus welcher Zeit die Curve leider verloren gegangen ist) auf dieser Höhe, und sank, als beiderseits die Gangrän völlig ausgesprochen war, wieder bis zu niedrigen, zum Theil sogar subfebrilen Graden. Gleichwohl sind gerade in dieser letzten Periode, ehe noch die Demarcation perfect geworden war, die bedrohlichsten Allgemeinerscheinungen notirt, und zwar in ziemlich schroffem Wechsel mit Perioden relativ befriedigenden Allgemeinbefindens. Leyden deutet ähnliche Beobachtungen als Folgen der Intoxication durch im abgestorbenen Gewebe entstehende Zersetzungsproducte, eine Anschauung, welcher ich mich anschliesse.

Die Amputationen wurden schliesslich unter dem Drucke des immer weiter fortschreitenden Decubitus und der beginnenden hypostatischen Pneumonie ausgeführt, ehe noch am rechten Beine die Demarcation völlig ausgesprochen war. Möglich, dass in Folge dessen von letzteren mehr, als absolut nöthig, geopfert worden ist; doch glaube ich nicht, dass bei noch längerem Zuwarten das Leben des Patienten gerettet worden wäre.

Irgend welche gröbere Läsion der nervösen Functionen kam bei unserem Patienten nicht zur Beobachtung.



Referate.

E. Haffter: Die Bromäthylnarcose. (Corr.-Bl. für Schweiz. Aerzte. № 4 u. 5).

H. möchte die Aufmerksamkeit der praktischen Aerzte auf das Bromäthyl richten, als auf ein für kleinere Operationen geradezu ideales Anästheticum. Dass der von Nunely schon 1849 empfohlene Stoff mehrmals wieder aus dem Arzneischatz verschwand und sich neben begeisterten Lobrednern auch ernste Widersacher erwarb, hat, nach H.'s Erfahrungen, seinen Grund in drei Umständen: in der bisherigen Verschiedenheit und Unzuverlässigkeit des Präparates, in der unrichtigen Anwendungsweise und endlich in ganz falschen pharmakodynamischen Vorstellungen. Bromäthyl, Aethylum bromatum, Aethylbromid oder Aether bromatus (C_2H_5Br), eine farblose, fruchtätherartig riechende, sich sehr rasch verflüchtigende, nicht explodirende und nicht entzündliche Flüssigkeit, ist vor Allem nicht mit dem Aethylenum bromatum ($C_2H_4Br_2$), einer ähnlichen Flüssigkeit, oder sogar mit dem, auch Aether bromatus benannten, krystallinischen Aetherbromid ($C_4H_{10}OBr$) zu verwechseln und müsste auf dem Recept immer die chemische Formel angegeben oder: „Aether bromatus Merck“ geschrieben werden, da vorläufig nur dieses Präparat H.'s schöne Resultate lieferte. Gutes Bromäthyl, welches in dunklen Flaschen aufbewahrt wird und keine Bräunung des Korkverschlusses zeigen darf, muss rasch, ohne Rückstand, auf der Hand verdunsten, sich durch Zusatz von SO_3 nicht braun färben und in einer filtrirten Mischung mit Wasser nicht allein neutral reagiren, sondern auch durch Arg. nitr. keine Veränderung erleiden. — Nächst der *Reinheit* des Präparates kommt es aber beim Bromäthylisiren hauptsächlich auf die *Applicationsmethode* und den Umstand an, dass *länger dauernde Operationen ausgeschlossen*, resp. der Chloroform- oder Aethernarcose zugewiesen werden. Das Bromäthyl muss nicht tropfenweise, sondern im nöthigen Gesammtquantum (meist 8—10 bis 15 Grm.) auf einmal rasch in eine gut schliessende, mit impermeablem Stoff überzogene Maske gegossen und dicht vor Mund und Nase gehalten werden; meist tritt dann schon nach 15 bis 25 Secunden vollständige, wenn auch nur kurzdauernde Analgesie, ohne vorhergehende Excitation, ein, während das Bewusstsein, so wie der Tastsinn noch nahezu intact sind. Diesen Moment des Schmerzerlöschens benutze man zum Operiren; tritt er nicht in höchstens einer Minute ein, so sehe man von weiterer Anwendung des Bromäthyls ab und gehe nöthigenfalls, was ohne Nachtheil geschehen kann, sofort zum Chloroform über. Hinsichtlich der ernsten Erscheinungen, welche bei langdauerndem oder überhaupt anders geübtem Bromäthylisiren auftreten können und vielfach beschrieben worden sind, auf das Original verweisend, hier auch die Detailschilderung der harmlosen Vorgänge bei der kurzen Bromäthylnarcose (die eigenthümliche Apnoe, die Pulsbeschleunigung ohne sphygmographische Veränderungen etc.) übergehend, sei nur bemerkt, dass die meisten Anästhesirten selbst das Mittel sehr günstig beurtheilen; der Geruch sei angenehmer als der des Chloroforms, im Kopfe werde kein widerwärtiges Klopfen wie zuweilen beim Stickoxydul empfunden und das Wohlbefinden lasse meist sofort nach Entfernung der Maske nichts zu wünschen übrig. H., welcher 1888 seine ersten Versuche mit dem Bromäthyl in einem zahnärztlichen Kabinet machte, hat seitdem über 200 derartige Narcosen vorgenommen und während derselben verschiedene kleinere chirurgische Eingriffe (bei Panaritium, Carbunkel, Phlegmone, Balggeschwulst, Unguis incarnatus, Tenotomie, Phimose, Fingerexarticulation, Brisement forcé etc.) ausgeführt; oftmals ohne jede Assistenz und ohne besondere Lagerung des Patienten operirend, hat er ausgezeichnete Erfolge gehabt und steht nicht an, die in seiner Art geübte Narcose für äusserst zweckentsprechend und wahrscheinlich absolut gefahrlos zu halten. Fremmert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Otto Roth: Autorisirte Uebersetzung der Massotherapie von William Murrell, Professor am Westminster-Hospital. London. Berlin. Heuser's Verlag.

Als wir das Buch zum Durcharbeiten in die Hand nahmen, glaubten wir dessen sicher zu sein, dass wir ein streng wissenschaftlich gehaltenes, lehrreiches Werk des Prof. Murrell vor uns hätten. Leider wurden wir stark getäuscht und können nur dem Bedauern Ausdruck geben, dass Dr. Roth Mühe und Zeit zur Uebersetzung dieses feuilletonartig abgefassten Schriftstückes verwandt hat. Selbst aus dem Capitel „Geschichte der Massage“ kann man Nichts über die allmälige Entwickelung dieses Zweiges der Therapie erfahren, nur pag. 13 ist ein richtiges Urtheil über das Centralinstitut in Stockholm gefällt. Im III. Capitel, „die Methode der Ausübung der Massage“, finden wir eine kurze Anleitung der einzelnen Handgriffe, der einige Zeichnungen beigefügt sind. Im V. Capitel, „die physiologische Wirkung der Massage“, sagt der Verf., „dass man über die physiologische Wirkung der Massage sich vorsichtig aussprechen müsse, da hier, wie in vielen anderen Dingen, die Praxis der Theorie vorausgegangen ist; man könne gut theoretisiren aber genau beobachtete Thatsachen und gut verbürgte Experimente mangeln. — So bietet Vf. auch in allen folgenden Capiteln auf ca. 100 Seiten nur Fälle, die ihm von anderen Aerzten, deren Namen genannt, deren wissenschaftliche Arbeiten aber nicht angeführt werden, zur Kenntniss gebracht worden und ergeht sich sogar in einzelnen Anekdoten (z. B. pag. 80, 140 u. s. w.). Wenn Verf. pag. 71 Volvulus, Invagination, Ileus u. s. w. durch Massage des Bauches geheilt haben und heilen will, dann können wir diese Behauptung nur bezweifeln. Jedenfalls ist das genannte Buch nur Denjenigen zu empfehlen, die sich mit medicinischer Novellistik nicht wissenschaftlichen Werthes die Zeit vertreiben wollen. Grimm.

C. Förster: Medicinischer Taschenkalender für praktische Aerzte 1891. III. Jahrg. Riga. Jonck & Poliewsky.

Dieser besonders für die Aerzte Riga's geeignete med. Taschenkalender ist dieses Mal wieder um einige Seiten erweitert worden, welche dem kurzen Repetitorium der häufig vorkommenden oder rasche Hilfe bedürfenden Krankheiten zu Gute gekommen sind und als neu „Kostenersparniss bei Arzneiverordnungen“ und „Kosmetikar“ bringen. In seiner hübschen Ausstattung kann der Kalender, der viele dem praktischen Arzte täglich nöthige Notizen und Tabellen enthält, gewiss auch dieses Mal eines freundlichen Empfanges sicher sein. Er wäre es wohl noch mehr, wenn der Umfang ein etwas geringerer, für die Tasche des Arztes bequemerer wäre, was leicht durch Dreitheilung der Notizblätter und kürzere Fassung des Abschnittes der „häufig vorkommenden Krankheiten etc.“ hätte erreicht werden können; die Symptome könnten hier wohl fortbleiben. — Wäre es nicht zweckmässig, auch die Adressen der Aerzte in Reval, Dorpat und Mitau beizufügen?

Dr. Paul Börner's Reichs-Medicinal-Kalender auf das Jahr 1891, herausgegeben von Sanitätsrath Dr. S. Guttmann. Leipzig, Verlag von Georg Thieme. I. Theil.

Wie die früheren Jahrgänge von Börner's Medicinal-Kalender, so weist auch der neue alle von uns in früheren Jahren an dem Kalender hervorgehobenen lobenswerthen Eigenschaften auf. Der I. Theil, welcher als geschäftliches Taschenbuch den Arzt auf seiner Praxis begleiten soll, enthält, ausser dem Calendarium und dem Notizbuch für alle Tage des Jahres, Auskünfte über die Anwendnng und Dosirung der gebräuchlichen und in der neuen Pharmacopoe für das deutsche Reich enthaltenen Heilmittel, eine Pharmacopoea oeconomica mit Winken zur Receptersparniss, Dosirung wichtiger und differenter Mittel für Kinder, sowie der gebräuchlichsten Mittel zum Inhaliren, Pinseln und Einblasen, die gebräuchlichsten med. Bäder, Symptome und Behandlung der acuten Vergiftungen und manche andere für den Arzt nothwendige Auskünfte. Ein Beiheft bietet noch mehrere kurze Abhandlungen über Wohnungshygiene (von Prof. Pettenkofer), über neuere Methoden der Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten (von Dr. Boas), eine Anleitung zur Hilfeleistung bei plötzlichen und gefahrdrohenden Zufällen (von Dr. S. Guttmann) u. s. w. Die Besitzer dieses Kalenders erhalten auch zum Vorzugspreise von 6 Mark (statt 10 Mark) Prof. Guttstadt's 36 Bogen starkes Werk „Deutschland's Gesundheitswesen“.

Die äussere Ausstattung des Kalenders (in gutem Ledereinbande mit lederner Verschlussklappe) ist, wie in früheren Jahren, so auch jetzt eine durchaus solide und geschmackvolle. Bf.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Kaufmann: *Selbstbehandlung einer grossen Struma.* (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte № 21.) Ein 57-jähriger Mann mit einer sehr grossen Struma (grösster Halsumfang 60,5 Cm.) wurde von K. als inoperabel aus der Behandlung entlassen, da alles für die Malignität des Tumors sprach. Nach 2 Jahren sah K. den Pat. fast geheilt wieder (2 kleine Knoten und eine secernirende Fistel). Pat. hatte 5 Wochen lang möglichst heisse Cataplasmen angewandt, bis die Haut platzte. Es liessen sich darauf grosse Stücke der Geschwulst ohne Eiterung und Blutung ausdrücken, bis nur noch eine kleine Fistel persistirte.

— Nach der „D. med. Woch.“ № 41 sind *comprimirte Arzneimittel unwirksam*, weil sie in dieser Form grösstentheils ungelöst durch den Darm abgehen. So z. B. comprimirtes Chinin, Extr. filic. maris, Sulfonaltabletten. Auch Magistralpillen, welche lange in den Apotheken aufbewahrt und sehr hart geworden sind (wie Pill. aloetic. ferr., Blaud'sche Pillen, Rhabarberpillen) sollten daher nicht gebraucht, sondern lieber frische Pillen verschrieben werden. — Arnold bestätigt die Beobachtung, dass comprimirte Tabletten den Digestionstractus ungelöst passiren und empfiehlt, die Löslichkeit derselben vor dem Gebrauch zu prüfen.

— Gust. und Otto Keining (Soest) schlagen folgendes *Verfahren zur Heilung des Trachoms* vor, die dabei meist in 2—6 Wochen erfolgen soll: Die Conjunctiva der ectropionirten Lider, sowie die Uebergangsfalte, werden mit einem in 1:2000 Sublimatlösung getauchten Wattebausch 1—2 Mal täglich mehr oder weniger stark gerieben. Sind die Körner hart, so sind dieselben

nach Cocainisirung zu schlitzen und der Inhalt herauszureiben. Auf der Plica semilunaris und Conjunct. bulbi müssen die Körner mit der Cilienpincette zerquetscht werden vor dem Reiben. (Das Ausbürsten der Follikel ist einfacher und führt rascher zum Ziele. Ref.) (D. med. Woch. № 41.)

— Leloup hat Versuche mit den Blättern der *Catha edulis* (einer in Süd-Arabien einheimischen Pflanze) in der Klinik des Prof. Dujardin-Beaumetz angestellt. Die Wirkungen scheinen denen des Cocains analog zu sein. Das Infus bewirkte eine ziemlich ausgesprochene stimulirende Wirkung auf den Patienten. Depressive Erscheinungen wurden nicht beobachtet. Bei einem an Menière'scher Krankheit leidenden Patienten bewirkte die Drogue nach 10tägigem Gebrauche einen sehr günstigen Heilerfolg. Leloup konnte ferner an gesunden Leuten constatiren, dass die Catha edulis die Eigenthümlichkeit besitzt, das Hungergefühl zu ersticken. (Bulletin général de Therap. 1890, 15. Sept. Allg. med. Centr.-Ztg., Heft 87.)

Vermischtes.

— Der Professor der Psychiatrie an der Dorpater Universität, Dr. Kraepelin, ist nach amtlicher Meldung zum Nachfolger des Prof. Dr. Fürstner (welcher auf sein Gesuch mit dem 1. April 1891 in den Ruhestand versetzt wird) auf dem Lehrstuhl der Psychiatrie und der Irrenklinik in Heidelberg ernannt worden. Für die vacante Professur der Psychiatrie in Dorpat sind, wie verlautet, der bekannte Psychiater und Neurolog Dr. Erlenmeyer in Bendorf bei Coblenz am Rhein und Prof. Dr. Bumm in Erlangen in Aussicht genommen.

— Der Professor der Augenheilkunde an der militär-medicinischen Academie, Dr. W. J. Dobrowolski, ist nach Ausdienung der gesetzlichen 25-jährigen Dienstzeit *auf weitere fünf Jahre im Dienste als Professor* belassen worden.

— Als Candidaten für den durch die Ernennung Prof. Paschutin's zum Chef der Academie erledigten Lehrstuhl der allgemeinen Pathologie an der militär-medicinischen Academie werden die Professoren Kostjurin (Charkow) und Albizki (Tomsk) genannt.

— Dr. M. M. Tschelzow hat sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie *als Privatdocent für interne Medicin* an der genannten Academie *habilitirt*.

— Dr. Lebedinski, welcher, wie wir seiner Zeit berichtet haben, zum Bibliothekar der militär-medicinischen Academie gewählt wurde, hat seine Candidatur zurückgezogen, nachdem die erste Wahl anullirt worden ist.

— *Verstorben*: 1) Am 26. December n. St. in Strassburg der emeritirte Professor der Dermato- und Syphilidologie, Dr. Friedr. Wieger, im 70. Lebensjahre. Sein Hauptwerk ist „die Geschichte der Medicin und ihrer Lehranstalten in Strassburg von 1497—1872", welches es er i. J. 1885 der in Strassburg tagenden Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte gewidmet hat. 2) In Berlin der Privatdocent der Gynäkologie, Geheimer Sanitätsrath Dr. Louis Mayer (ein Schwager Prof. Virchow's).

— Von der medicinischen Facultät der Dorpater Universität sind nachstehende *Preisaufgaben für das Jahr 1891* gestellt worden: 1) „Es soll die nach experimentellen Hirn- und Rückenmarksverletzungen auftretende absteigende Degeneration untersucht und besonders darauf geachtet werden, ob sich histologisch auch eine doppelte Kreuzung corticomusculärer Leitungsbahnen nachweisen lässt." 2) „Die Frage der Bildung rother Blutkörperchen in der Leber soll durch vergleichend-embryologische Untersuchungen der sämmtlichen Wirbelthierclassen gefördert werden." — Zur Bewerbung um die *Ssuworow-Medaille*: für das Jahr 1891: 3) „Chemische Untersuchungen der wichtigeren Bestandtheile der Scammonia und Wurzeln" und für das Jahr 1892: 4) „Vergleichende Untersuchung des Quercitrins und der ihm ähnlichen Verbindungen." — Zur Bewerbung um die *Kreslawski-Medaille*: 5) „Chemische und pharmakognostische Untersuchung der sog. Geoffroea-Rinden."

— Als Ergänzung zu unserer Mittheilung über den Festact in der militär-medicinischen Academie gelegentlich ihres 84. Stiftungstages bringen wir hier heute einige Daten aus dem Jahresbericht der Academie, welcher die Zeit vom 1. September 1889 bis zum 1. September 1890 umfasst:

Das Lehrpersonal der militär-medicinischen Academie besteht gegenwärtig aus 17 ordentlichen Professoren (darunter 3 Academiker), 10 ausserordentlichen Professoren, 7 Adjunctprofessoren, 2 Adjunct-Laboranten, 8 Prosectoren, 5 Assistenten bei den Lehrstühlen und 12 Privatdocenten. Ausserdem waren bei der Academie 1 Religionslehrer, 3 Bibliothekare angestellt und 20 Aerzte zur Verwendung in der Academie zucommandirt. 112 Aerzte waren der Academie behufs weiterer Vervollkommnung zucommandirt.

Durch den Tod hat die Academie im verflossenen Jahre den Professor der Therapie S. P. Botkin, den Professor der Hygiene A. P. Dobroslawin und den verabschiedeten Prof. der Anatomie W. Gruber verloren.

Die *Zahl der Studirenden und Zuhörer* betrug zu Anfang des Berichtsjahres 717, im Laufe des Jahres traten 155 hinzu, sodass die Gesammtzahl 872 betrug. Von diesen absolvirten den Cursus oder traten aus verschiedenen Gründen aus 154, starben 2; es belief sich somit am Schluss des Jahres die Gesammtzahl auf 716. Ausserdem studirten noch 25 Personen aus südslavischen Ländern, welche unter besonderen Bedingungen aufgenommen werden.

Im Berichtsjahre wurden von der Academie 77 Doctordiplome, 138 Arztdiplome ertheilt und ausserdem die Würde eines Medicinalinspectors 3 Personen, eines Kreisarztes 2, eines Dentisten 22 und einer Hebamme 232 Personen zuerkannt.

Zu Ehrenmitgliedern wurden ernannt: S. Hoheit der Prinz *Alexander von Oldenburg*, der Kriegsminister General-Adjutant *Wannowski*, der Ober-Medicinalinspector der Flotte, Dr. Kudrin, der Professor der Physiologie an der Universität Kasan, Dr. N. O. Kowalewski und der bisherige Chef der mil.-med. Academie, Geh.-Rath Dr. Bykow, welcher die Academie 15 Jahre geleitet hat.

— Wir erinnern daran, dass am 3. Januar 1891 in Moskau die *Eröffnung des IV. Congresses russischer Aerzte*, welcher bis zum 10. Januar dauern wird, stattfindet. Die Sitzungen werden im Dumasaale und in den Auditorien des alten und neuen Universitätsgebäudes abgehalten werden; für die beiden allgemeinen Versammlungen ist der Saal der Adelsversammlung in Aussicht genommen.

— Die Woronesh'sche Gouvernements-Landschaftsversammlung hat zum Andenken an das 25-jährige Bestehen der Landschaft *125,000 Rbl. zur Errichtung eines Asyls für Geisteskranke* hergegeben.

— Für die *Verpflegung der Geisteskranken in Moskau* hat F. J. Jermakow 300,000 Rbl. und zu demselben Zweck W. E. Morosow 20,000 Rbl. gespendet.

— Dem Herausgeber der „Deutschen medicinischen Wochenschrift", Dr. S. Guttmann in Berlin, ist der Titel „Geheimer Sanitätsrath" verliehen worden.

— Der Professor der Chirurgie an der Universität Halle, Dr. Bramann, ist vom deutschen Kaiser in den Adelstand erhoben worden.

— Der Verwaltungsrath und Aufsichtsrath der Curanstalt *Falkenstein i. Taunus* haben beschlossen, in Folge der vermehrten Unkosten, die der Anstalt durch die Ausübung des Koch-schen Verfahrens erwachsen, die *tägliche Pension auf 8 Mark zu erhöhen*.

— In *Braguny* in Nord-Kaukasien befindet sich, wie die „Now. Obosr." berichtet, eine Mineralquelle — fast ein Flüsschen — von schwefelkohlenstoff- und eisenhaltigem Wasser, welche über 300,000 Wedro täglich giebt. Die Temperatur des Wassers soll 75 Grad betragen. Der einzige Nutzen, den die umwohnende Bevölkerung aus diesem Reichthum zieht, ist der, dass sie an der Quelle eine Wassermühle erbaut hat. Mineralwasser treibt ein Mühlenrad!

— Die *Choleraepidemie in Spanien* ist im Erlöschen begriffen. Aus der Provinz Valencia wurden im November nur noch wenige Erkrankungen und Todesfälle gemeldet. Die Gesammtzahl der an der Seuche Erkrankten wurde von der „Gaceta de Madrid" am 4. November auf 5477, der daran Gestorbenen auf 2840 angegeben.

— Eine Frau Ayer, deren Mann sich ein grosses Vermögen durch den Verkauf von patentirten Mitteln erworben hat, baut jetzt in New-York ein *Hospital für Schwindsüchtige*, welches 3 Millionen Dollars kosten wird.

Дозв. ценз. Спб. 28 Декабря 1890 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.

Index zur Beilage
„Uebersicht über die russische medicinische Literatur".
1890.

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

Q.

R.

S.



Namen-Register.

Дозв. ценз. Спб. 12 Января 1891 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.

UEBERSICHT
UEBER DIE
RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 1. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1890.

Zeitschriften.

Archiw psichiatrii, neirologii i ssudebnoj psichopatologii Kowalewskago w Charkowe. (Kowalewski's Archiv für Psychiatrie, Neurologie u. gerichtliche Psychopathologie. Charkow).
Bolnitschnaja gaseta Botkina. (Botkin's Hospitalzeitung).
Chirurgitscheskij westnik. (Chirurgische Zeitschrift).
Dnewnik Kasanskago obschtschestwa wratschej. (Tageblatt der Kasan'schen ärztlichen Gesellschaft).
Letopisj chirurgitscheskago obschtschestwa w Moskwe. (Jahrbuch der chirurgischen Gesellschaft in Moskau).
Medizina. (Medicin).
Medizinskoje obosrenije. (Medicinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku. (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Medizinskij sbornik Imperatorskago Kawkasskago medizinskago obschtschestwa. (Medicinisches Archiv der Kaiserl. Kaukas. Medicin. Gesellschaft).
Medizinskij sbornik Warschawskago Ujasdowskago Wojennago Gospitalja. (Medicinisches Archiv des Warschauer Ujasdowschen Militärhospitals).
Meshdunarodnaja klinika. (Internationale Klinik).
Praktitscheskaja medizina. (Praktische Medicin).
Russkaja medizina. (Russische Medicin).
Sbornik rabot gigienitscheskoj laboratorii Moskowskago Uniwersiteta. (Archiv der Arbeiten des hygienischen Laboratoriums der Moskauer Universität).
Semskij wratsch. (Der Landschaftsarzt).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej. (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Westnik oftalmologii Chodina w Kiewe. (Chodin's Zeitschrift für Ophthalmologie. Kiew).
Westnik klinitscheskoj i ssudebnoj psichiatrii i neiropatologii Mershejewskago. (Mierzejewski's Zeitschrift für klinische und gerichtliche Psychiatrie und Neuropathologie).
Westnik gigieny i ssudebnoj mediziny. (Zeitschrift für Hygiene und gerichtliche Medicin).
Wojenno-medizinskij shurnal. (Militär-medicinisches Journal).
Wojenno-ssanitarnoje delo. (Militär-Sanitätswesen).
Wratsch. (Der Arzt).

Wratsch 1889, № 48—52.

D. O. Ott: „Die Totalexstirpation des Uterus und die heutzutage an die Radicalheilung von bösartigen Neubildungen desselben zu stellenden Forderungen". [Klinische Vorlesungen]. (№ 39—49).

An der Hand von 30 Krankengeschichten — eigentlich nur 19 (die anderen 11 sind schon früher publicirt Shurn. akuscherstwa i shenskich bolesnej 1887, №12) — darunter 19 Epithelialcarcinome, 5 Carcinome und 6 bösartige Adenome, die alle nach der Operation genasen, bespricht Verf. die Indicationsstellung, die Diagnose, Prognose und die Operationstechnik.

W. J. Bortkewitsch: „Zur Frage der Mortalität in Russland". (№ 48).

Vorschläge zur Mortalitäts-Statistik.

A. A. Newski: „Aus den Erfahrungen eines Landschaftsarztes". (№ 48).

Ein Fall von *Anhysteria congenita*, ein Fall von *überzähliger Brustdrüse* und ein Fall von *Risswunde der Vorhaut* in der Gegend der Corona glandis, beim Coitus entstanden.

J. A. Majew: „Ueber pigment. Syphilis". (№ 48, 51). Vortrag, gehalten auf dem internationalen Aerztecongress zu Paris 1889.

Th. K. Geissler: „Die quantitative Zuckerbestimmung nach Einhorn". (№ 49).

Der Apparat in seiner jetzigen Gestalt — ohne noch vorzunehmende Verbesserungen — entspricht nicht den Anforderungen, die man an ihn stellen muss.

L. W. Orlow: „Wie lange können Abdominaltyphusbacillen im Körper des Menschen verweilen, ohne ihre Lebensfähigkeit einzubüssen?" (№ 49).

Verf. fand bei einem Oberschenkelabscess nach Typhus abdom. im Eiter und in den Granulationen lebensfähige (durch Culturen nachgewiesen) Stäbchen 8 Monate nach Beginn, $6^1/_2$ Monate nach Ablauf des Unterleibstyphus. Bis jetzt ein Unicum (A. Fränkel fand lebensfähige Bacillen nach $4^1/_2$ Monaten).

J. G. Kucharski: „Zur Diagnose der tuberculösen Pleuritiden". (№ 49).

Ein Fall, in welchem die Bacillen im Exsudate erst gefunden wurden, nachdem die Flüssigkeit gestanden und sich ein Niederschlag abgesetzt hatte.

W. M. Fontin: „Bacteriologische Untersuchung des Hagels". (№ 49, 50).

Verf. hat im vorigen Sommer einmal während eines Gewitters Schlossen untersucht, dabei 4 neue Species von Mikroorganismen bestimmt und sonst in recht bedeutenden Mengen bekannte Arten gefunden.

A. M. Lewin: „Zur Pathologie der progressiven Muskelatrophie". Aus Lichtheim's Klinik in Königsberg. (№ 50—52).

S. S. Shicharew: „Zur Lehre von der physiologischen Periodicität einiger Functionen des Weibes, die die Menses begleiten". Vorläufige Mittheilung. (№ 50, 51).

Der Blutdruck wurde bestimmt. Im Allgemeinen Steigerung desselben. (Dazu 4 Curven). In einer späteren Arbeit verspricht Verf. die Versuche weiter auszudehnen.

S. D. Michnow: „Zur Lehre von den Papillomen des Ovariums". Aus Prof. Lebedew's Klinik. (Wr. 50).

Ein Fall dieser Art von Geschwulst.

S. S. Grusdew: „Ueber den Einfluss des Ruderns auf den gesunden Menschen". (№ 50).

Verf. hat seine minutiösen Versuche an 10 jungen Männern gemacht und bei ihnen das Körpergewicht, den Puls, die Athmungsfrequenz, den Blutdruck, die Temperatur (im Munde, in der Achselhöhle und auf dem Epigastrium), die Lungencapacität, die Exspirationskraft, die Kraft der Hände etc. vor und nach dem Rudern bestimmt, zugleich die Temperatur, den Barometerstand, die Feuchtigkeit der Luft, die Windrichtung und -stärke und die Bewölkung des Himmels berücksichtigt.

Leider ist die Zahl der Versuche nicht gross genug für allgemeine Schlussfolgerungen. Verf. selbst rechnet zu den feststehenden Resultaten nur die Abnahme an Körpergewicht und die Temperaturerhöhung.

Verf. konnte seine Versuche nicht weiter ausdehnen, hofft aber durch dieselben einen Anstoss zu weiteren Versuchen gegeben zu haben, zumal die Ruderbewegung, da sie immer in guter Luft ausgeführt wird, in der Gymnastik eine sehr bedeutende Rolle spielen muss.

A. Michailow: „Ein Fall von multipler Hirn- und Rückenmarkssclerose auf syphilitischem Boden" (№ 51, 52).

Casuistischer Beitrag.

J. A. Anfimow: „Ueber die galvanische Reaction der motorischen Nerven des Menschen bei Einschaltung grosser Widerstände in die Kette". Vorläufige Mittheilung. (№ 52).

L. W. Orlow: „Actinomycose der Submentalgegend" (№ 52).

Casuistischer Beitrag.

J. Kretschmann: „Beiträge zur Kenntniss der Grösse des Herzens und des Darmkanals bei Phthisischen". Vorläufige Mittheilung. (№ 52).

Aus der beiliegenden Tabelle ist ersichtlich, dass sowohl Gewicht und Volum des Herzens, als auch die Darmlänge (sowohl Dick-, wie Dünndarm) bei Phthisischen geringer ist als bei Gesunden. N.

Jeshenedelnaja klinitscheskaja gaseta 1889, № 35—38.

N. J. Ssokolow: „Die klinische Symptomatologie der epidemischen Grippe in St. Petersburg". (№ 35—36). Vortrag, gehalten in der Gesellsch. russ. Aerzte, Sitzung am 17. Nov. 1889.

Neumann: „Das Creolin und dessen chirurgische und therapeutische Verwendung". (№ 35—38). Ref. folgt.

N. A. Jurmann: „Der Magensaft bei Herzkranken". (№ 35, 36, 38).

Die secretorische Fähigkeit des Magens wird durch Herzfehler stark beeinträchtigt; HCl fehlt bei vorhandener Compensationsstörung vollständig, bei compensirten Herzleiden findet sie sich in normaler oder übernormaler Menge vor. Die Acidität des Magensaftes ist bei Compensationsstörung bedeutend herabgesetzt, bei erhaltener Compensation im Allgemeinen normal. Milchsäure fehlt in beiden Fällen, Zucker ist immer nachweisbar.

Zum Schlusse weist Verf. auf die Abweichungen seiner Untersuchungsresultate von den Ergebnissen anderer Forscher hin (Hüfler: Münch. med. Woch. 1889, № 33; Adler und Stern: Berl. klin. Woch. 1889, № 49) und fordert zu weiterer Prüfung der Frage auf.



S. P. Botkin: „Ueber Magenerweiterung". (№ 37—38). 2 klinische Vorlesungen. N—n.

Chirurgitscheskij westnik, 1889 Oct.—Dec., 1890 Jan.

M. A. Wassiljew: „Bericht über die Thätigkeit der Baracke des Rothen Kreuzes auf den Namen des Kaisers Alexander II. in Warschau für das Jahr 1888". (Oct.—Dec.).

Enthält eine Beschreibung des erwähnten Krankenhauses, sowie einen Jahresbericht über die Thätigkeit der chirurgischen Baracke.

A. W. Minin: „Von der Sanitäts-Station in Staraja Russa". (Oct.—Dec.).

Bemerkungen über ein Material von chronischen Knochen-, Gelenk- und Drüsenerkrankungen, welche Verf. während des verflossenen Sommers in dem genannten Badeorte zu behandeln hatte: Officiere und Soldaten aus den Hospitälern des St. Petersburger Militärbezirkes.

J. Iljinski: „Bericht der chirurgischen Abtheilung des Landschaftshospitals in Ssarapul (Gouv. Wjatka) für die Jahre 1885, 1886 und 1887. (Oct.—Dec.).

J. W. Wjasemski: „Ein Fall von complicirter Fractur des Scheitelbeins mit Depression der Fragmente und Hirnverletzung". (Oct.—Dec.).

Verwundung durch Hufschlag. Verf. beschränkte sich, als er den Fall 4 Tage später zu Gesicht bekam, auf ein ausgiebiges Debridement und Entfernung des vorgefallenen und zertrümmerten Hirns und verzichtete, da keine Druckerscheinungen vorlagen, auch auf das Heben der Fragmente. Es erfolgte vollständige Heilung mit nur geringer Facialisparese.

S. F. Unterberger: „Ein Fall von septischer Infection mit Lungeninfiltration und Ausgang in Genesung". (Oct.—Dec.).

S. Malinowski: „Lappenwunde der Haut des Penis mit nachfolgender Luxation desselben unter die Haut des Hodensackes". Aus der chirurgischen Klinik des Prof. L. L. Lewschin (Kasan). (December).

Der vorliegende Fall des Verf. ist seiner Angabe nach der fünfte, welcher seit den fünfziger Jahren dieses Jahrhunderts in der medicinischen Literatur beschrieben worden ist. Originell ist die Anamnese desselben.

Ein 30-jähriger Feldarbeiter war an einer durch ein Pferd getriebenen Dreschmaschine mit dem Lenken der Thieres beschäftigt. Dieses besorgte durch Zug an einem seitlich angebrachten Hebelarm die Drehung einer senkrechten Walze, welche durch ein Zahnrad auf eine horizontal liegende Walze und von dieser durch einen Treibriemen auf die eigentliche Dreschmaschine übertragen wurde. Als sich nun während der Arbeit der Anspann des Pferdes zufällig löste, sprang der Patient, den kürzesten Weg von sich zum Pferde wählend, über die nahe am Boden sich nach dem Gesetze der Trägheit noch drehende horizontale Walze, gerieth aber dabei mit dem rechten Fusse so unter dieselbe, dass die Hose erfasst und aufgewickelt und damit zugleich das Bein unter die Walze gezogen wurde. Der Kranke wurde dabei rückwärts und nach rechts zu Boden geschleudert. Das Resultat waren unbedeutende Hautverletzungen am rechten Schienbein und die erwähnte Luxation des Penis. Letztere war in der Weise zu Stande gekommen, dass das sehr lange und feste Präputium von der Schrittfalte des Beinkleides erfasst, gegen den rechten Oberschenkel gepresst und so stark angezogen wurde, dass die Haut an zwei Stellen einriss: 1) an der Uebergangsstelle des Präputiums in den Sulcus coronae glandis und zwar rings um das Glied und 2) an der Wurzel des Gliedes in der linken Peno-scrotalfalte. Zugleich schlüpfte das Glied unter die Haut des Scrotums.

Als der Pat. 4 Monate später in die Klinik eintrat, lag der Penis ziemlich frei beweglich unter der Haut des Scrotums. Die Ränder der zweiten Wunde waren nach innen gezogen und so am Sulcus retroglandularis angewachsen, dass die Eichel vollständig frei, gleichsam innerhalb eines neugebildeten Präputiums lag. Die Harnentleerung war von Anfang an frei geblieben; dagegen kam das Glied bei der Erection nicht aus dem Scrotum zum Vorschein, aus welchem Grunde hauptsächlich der Pat. einen chirurgischen Eingriff wünschte. Die Haut des Gliedes hing, bis auf die Höhlung des Präputiums durch einen dünnen Narbenstrang verwachsen, schlaff vor dem Hodensack herab.

Die Behandlung bestand, nach längeren fruchtlosen Versuchen, das Glied wieder in seine durchgängig gemachte und durch Tupelostifte erweiterte Hülse zu reponiren, in plastischer Bekleidung desselben mit seiner längs der Raphe gespaltenen Haut. Das Resultat war ein vollkommen befriedigendes, wenn auch eine geringe Verkürzung des Gliedes nicht vermieden werden konnte.

J. W. Ischunin: „Ein Osteom der rechten Stirnhöhle". Aus der chirurgischen Hospitalklinik des Prof. F. K. Bornhaupt (Kiew). (Januar).

Entfernung des Osteoms durch Aufmeisselung der Stirnhöhle. Heilung. Da die Geschwulst zwei Stiele besass, so schliesst Verf., dass dieselbe durch Zusammenwachsen von zwei ursprünglich getrennten Osteomen entstanden war. Hierzu 5 Illustrationen.

J. Ssabanejew: „Die Amputatio femoris interco[illegible] osteoplastica". Mit 6 Abbildungen. (Jan.).

Verf. bereichert die Zahl der im Kniegelenk resp. in seiner unmittelbaren Nachbarschaft möglichen Amputationsmethoden um eine neue, welcher sämmtliche Vorzüge, die der Gritti'schen Operation nachgerühmt werden, ebenfalls zukommen; vor Allem der Umstand, dass der Muskulatur des Oberschenkels ihre sämmtlichen Insertionen erhalten bleiben; sowie dass die Stützfläche des Stumpfes mit normaler, im Zusammenhange mit den tieferen Schichten gebliebener Haut bedeckt wird. Die Anwendbarkeit der Methode dürfte freilich eine recht beschränkte sein. Ihre Ausführung beschreibt Verf. folgendermaassen:

Zwei Seitenschnitte von den Condylen des Oberschenkels herab bis zwei Fingerbreiten unterhalb der Tuberositas tibiae, wo dieselben durch einen vorderen Querschnitt verbunden werden. Der innere Längsschnitt verläuft eine Fingerbreite von der inneren Kante der Tibia parallel derselben, der äussere direct über das Köpfchen der Fibula. Beide dringen direct in's Kniegelenk ein. Der so umschnittene Lappen bleibt im Zusammenhang mit der Tibia. Sodann wird aus der Haut der Kniekehle ein zweiter Lappen, um zwei bis drei Fingerbreiten kürzer als der vordere, gebildet, beim Abpräpariren desselben das Kniegelenk von hinten eröffnet und zugleich auch die Ligamenta cruciata durchtrennt. Jetzt klappt man den Unterschenkel soweit gegen den Oberschenkel hinauf, dass die vorderen Flächen beider sich berühren, und sägt nun die vordere Hälfte der Tibiaepiphyse in den Grenzen des vorhin umschnittenen vorderen Lappens ab. Dann erfolgt die Absägung der Knorpelfläche des Femur senkrecht zu seiner Längsaxe, Drainirung des oberen Recesses und Naht der Hautwunde. Die Knochennaht ist, wenn man den Stumpf hochlagert, nicht erforderlich.

Verf. hat seine Operation einmal mit gutem technischem Erfolge ausgeführt. Der Patient starb ein paar Monate darauf an Nephritis. Die anatomische Untersuchung ergab nur eine Verwachsung der Knochenflächen durch ein „knorpelartiges", von wenigen Knochenbälkchen durchzogenes Gewebe; ein Umstand, den Verf. durch die schwere Erkrankung seines Patienten zu erklären sucht.

N. N. Filipow: „Zur Casuistik der Pancreascysten". Aus der chirurgischen Facultäts-Klinik des Prof. W. F. Grube (Charkow). (Jan.).

Eine 6[illegible]-jährige Greisin hatte seit 3 Jahren eine anfangs wenig beschwerliche Geschwulst im Epigastrium bemerkt. Seit ½ Jahre wuchs dieselbe rascher und verursachte beständige dumpfe Schmerzen, abwechselnd mit heftigen Paroxysmen, sowie Dyspnoe, Erbrechen und allgemeine Abmagerung. Bei der Aufnahme bestand leichter Icterus. Die Geschwulst, reichlich mannskopfgross, lag ziemlich frei beweglich in der Ober- und Mittelbauchgegend und konnte durch die schlaffen Bauchdecken bis tief gegen die Wirbelsäule hin abgetastet und deutlich von der Leber getrennt werden. Der Percussionsschall war auf derselben dumpf, von der Milzdämpfung durch einen schmalen Streifen Darmschall geschieden. Oberhalb konnte der Magen, unterhalb Dick- und Dünndarm percutirt werden. Ersteren aufzublähen wurde in Anbetracht der ohnehin schon herrschenden Dyspnoe unterlassen. Die Lage der Geschwulst wurde durch die Athmung merklich beeinflusst. Die inneren Geschlechtsorgane konnten als Ausgangspunct derselben durch die gynäkologische Untersuchung mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Die Oberfläche der Geschwulst war überall gleichmässig glatt; Fluctuation deutlich. Eine Probepunction wurde unterlassen. Die Geschwulst wurde mit Wahrscheinlichkeit als einfache Pancreascyste angesprochen, die Möglichkeit eines Retentionstumors der Bursa omentalis aber nicht ganz ausgeschlossen.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle fand man erstere Diagnose bestätigt. Den Ausgangspunct bildete der Kopf und ein Theil des Körpers der Bauchspeicheldrüse. Der Inhalt war dunkelbraun, von alkalischer Reaction.

Die Behandlung bestand in Exstirpation eines Theiles der vorderen Cystenwand und Einnähung in die Bauchwunde. An eine radicale Entfernung konnte wegen ausgedehnter Verwachsungen nicht gedacht werden. Nach der Operation rapide Besserung aller krankhaften Erscheinungen. Am 18. Tage wurde die Kranke nach fast vollständig fieberfreiem Verlauf mit einer feinen Fistel entlassen. G.

Wojenno-medizinsky shurnal 1889, October.

M. A. Raskina: „Zur Aetiologie und klinischen Bacteriologie des Scharlachs und der denselben begleitenden Erkrankungen".

A. A. Lindström: „Sechs Fälle von aussergeschlechtlicher Infection mit Syphilis".

Verf. betont, dass die Ansteckung häufig nicht auf dem Wege der Geschlechtssphäre erfolgt, und dass daher andere als die jetzt in Gebrauch stehenden Maassnahmen zur Verhütung der Krankheit anzuordnen wären; so wäre hauptsächlich die Aufmerksamkeit einerseits auf die Verbreitung von richtigen Begriffen über die Krankheit unter dem Volk, und andererseits auf die Möglichkeit einer richtigen Behandlung zu richten.



[...]elenezki: „Materialien zur Beurtheilung der Wirkung heisser Wannen, des Pilocarpins und heisser Einwickelungen bei Nephritikern".

Verf. hat an 7 Kranken den Einfluss der diaphoretischen Behandlungsmethode betreffs folgender Puncte studirt: 1) Gewichtsverlust. 2) Körpertemperatur. 3) Puls. 4) Allgemeingefühl der Kranken. Es sind unter den gleichen Umständen 56 Beobachtungen gemacht, spec. bei 23 heissen Bädern, 18 Pilocarpininjectionen und 15 heissen Einwickelungen.

P. Welitschkin: „Ueber die Behandlung der Diarrhoe".

Verf. hat zum Gegenstande seiner Beobachtung nur solche Fälle von Durchfall genommen, die entweder vernachlässigt waren oder der ersten Behandlung nicht wichen. Das Material hat Verf. aus den Protokollen des Aschabad'schen Garnisonslazareths für die Jahre 1884—1888 geschöpft.

D. M. Uspenski: „Die Desinfection der Eisenbahnwaggons in Friedens- und Kriegszeit". (Fortsetzung).

A. Ssudakow: „Ueber den Einfluss der Fastenspeise auf die Gesundheit der Soldaten". (Schluss).

P. A. Smolenski: „Ueber die Desinfection der Kasernen und Schuttgruben".

Verf. giebt für die Desinfection von Kasernen dem Sublimat, für die Desinfection der Schuttgruben einer Mischung von Schwefelsäure und Carbolsäure den Vorzug.

W. Walch: „Medico-statistische Nachrichten über die Mortalität der Bevölkerung St. Petersburgs im September 1889".

Prof. A. G. Polotebnow: „Ist die Lepra ansteckend"?

W. W. Swjatlowski: „Excursion in das Gebiet der Gewerbe-Hygiene. III. Abhandlung: „Ueber die Traumen auf unseren Fabriken (Weichselgebiet)". —i—

Wojenno-ssanitarnoje delo 1889, № 47—50.

Ein Veteran: „Ueber die Ernährung der Truppen".

Polemik gegen den im „Woj.-San. Delo № 4, 1889" veröffentlichten Aufsatz des Prof. A. P. Dobrosslawin: „Ungenügende Ernährung der Truppen".

P. S. Korytin: „Zur Statistik der Erkrankungen an der intestinalen Form der Sibirischen Pest". (№ 47, 49).

R. Abkowitsch: In Anlass der Abhandlung Protassow's: „Ueber die Augenkrankheiten in der Armee". (cf. № 14, 1889, Woj.-San. Delo).

Verf. stimmt mit dem obenerwähnten Autor vollkommen darin überein, dass die Officiere mit den Forderungen der Hygiene näher bekannt sein müssten, und bekräftigt seine Ansicht durch Anführung etlicher kaum glaublicher, den einfachsten hygienischen Begriffen widersprechender Befehle einzelner Compagnie-Chefs. Dann verlangt Verf. die Desinfection aller Jahrgänge der Monturen und Lieferung von Lederjacken und Drillhosen an die Soldaten, zur Zeit, wenn dieselben im Herbst auf die sog. „freie Arbeit" entlassen werden.

P. M. Gorotzow: „Zur Hygiene der Füsse der Soldaten". (№ 49).

Verf. bespricht hauptsächlich den „Fussschweiss" und empfiehlt als von ihm erprobtes Mittel die einfache Seife: die Füsse müssen erst mit warmem Wasser abgewaschen und dann mit Seife eingerieben werden.

A. T. Leontowitsch: „Einige Bemerkungen über die Verbreitung der Influenza (Grippe) unter den Unter-Militärs" (nach officiellen Berichten). (№ 50).

P. A. Pokrowski: „Zur Frage der Verbesserung der jährlichen Completirung der Armee mit Unter-Militärs. (№ 47—50).

—i—

Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku № 9—12.

Issajew: „Medicinisch-topographische Skizze der Mauritius-Insel". (№ 9).

Derselbe: „Ein neuer Apparat zur Eisbereitung". (№ 9).

Kurze Beschreibung eines nach dem System von Raoul Pictet construirten Apparates zur künstlichen Eisbereitung, welchen Verf. in Batavia zu sehen Gelegenheit hatte.

A. D. Rontschewski: „Ein Fall von incarcerirter Hernia inguino-properitonealis". (№ 9).

Bei einem Pat., der seit 6 Monaten an einer reponiblen Hernia inguinal. dextr. leidet, stellen sich plötzlich Incarcerationserscheinungen ein. Bei der Untersuchung erweist sich der Leistenkanal durchgängig, der in denselben eingeführte Finger fühlt jedoch in der Bauchhöhle in der Richtung zum Musc. rectus abdom. eine derbe Geschwulst. Laparotomie, Resection einer ca. 20 Ctm. langen brandigen Dünndarmschlinge. Tod 11 Stunden post oper. Bei der Section wurde rechterseits am Eingange in das kleine Becken eine Falte des Peritoneums constatirt, durch welche ein derber Ring gebildet wurde. Diese Oeffnung lag hinter dem oberen Rande des horizontalen Schambeinastes und führte in eine Höhle von 7 Ctm. im Durchmesser.

P. N. Cholschewnikow: „Ein Fall von Degeneration der peripheren Nerven in Zusammenhang mit trophischen Störungen bei Syringomyelie". (№ 9).

Zum Referate nicht geeignet.

J. J. Medwedew: „Creolin in der Augenpraxis". (№ 9).

Das zuerst 1887 von Purtscher in der Ophthalmologie angewandte Creolin ist vom Verf. mit sehr gutem Erfolge bei Erkrankungen der Conjunctiva und der Hornhaut gebraucht worden.

N. P. Andrejew: „Kurze Skizze der sanitären Verhältnisse des Aufenthaltes auf Nowaja-Semlja und der Schifffahrt in jenen Breiten". (№ 10).

Kurzen historischen Angaben folgen einige meteorologische Mittheilungen und eine Schilderung des Gesundheitszustandes der Bemannung des Schoners „Bakan".

A. K. Sander: „Die Mineralquellen in der Umgegend von Nagasaki und Jokohama". (№ 11).

A. W. Ljubinski: „Bericht über die Abcommandirung in die Häfen des Schwarzen Meeres zur Erforschung der Ursachen und Eigenschaften der unter den Untermilitärs verbreiteten Augenkrankheiten". (№ 10, 11).

K. F. Drshnewitsch: „Zur Vervollkommnung der Reinigung der Kielräume und künstlichen Ventilation auf den Schiffen". (№ 9—12).

Verf. hebt hervor, von welch' eminenter Bedeutung die Reinigung des Kielraumes in Bezug auf den Gesundheitszustand der Bemannung eines Schiffes ist und sucht aus zahlreichen Reiseberichten und aus mehreren von ihm selbst angestellten Beobachtungen nachzuweisen, wie einzelne Epidemien ihre Entstehung und Verbreitung fast ausschliesslich den schlechten hygienischen Verhältnissen verdanken und wie eine Regelung letzterer durch sorgfältige Reinigung der Kielräume fast allein schon zum Verschwinden der Krankheit genügte. Zur ausgiebigen Ventilation der Schiffsräume, welche gleichfalls die hygienischen Verhältnisse des Schiffes wesentlich zu bessern im Stande ist, sind nach Meinung D.'s die Ventilationssysteme, welche auf Aspiration beruhen, die geeignetesten (King). Zum Schlusse fasst Verf. in 13 Sätzen die Bedingungen zusammen, welche bei Renovirung oder Neubauten von Schiffen in Bezug auf die Hygiene derselben zu beachten sind.

W. D. Tscherewkow: „Die Erysipelas-Epidemie in Wladiwostok 1888/1889". (№ 10—12).

J. J. Medwedew: „Ueber die Naht der Conjunctiva bulbi bei penetrirender Wunde der Sclera und Cornea". (№ 12).

Klaffende Wunde der Sclera des linken Auges nach Verletzung durch einen Glassplitter. Sorgfältige Desinfection, Vereinigung der Wunde mit 2 Seidensuturen. Glatte Heilung; gutes functionelles Resultat.

G. J. Griwzow: „Zur Casuistik der abortiven Syphilis". (№ 12).

Ulcus induratum verum am inneren Blatte des Präputiums; Lymphangoitis dorsalis penis et Adenitis inguinal. indol. Trotz der sorgfältigsten Beobachtung konnten im Laufe von 6 Monaten keine weiteren Manifestationen der Syphilis bemerkt werden.

P. Katschanowski: „Zur Casuistik der Laparotomie". (№ 12).

Verf. referirt über 2 von Billroth ausgeführte Operationen (Splenectomie, Resection des Coecum wegen Carcinom) und eine von Mikulicz wegen eiteriger Peritonitis nach Darmperforation ausgeführte Laparotomie.

A. K. Pawlowski: „Resorcin bei Erbrechen". (№ 12).

Verf. hat sehr gute Resultate bei Erbrechen gastrischen Ursprunges von Resorcin gesehen. Bei Erbrechen nervösen oder reflectorischen Ursprunges bleibt die Wirkung aus oder ist gering. —bb—

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej 1889, № 11—12.

K. F. Slawjanski: „Die Oophoritis". Vorlesung, gehalten in der militär-medicinischen Academie im September 1889. (№ 11).

Eine ziemlich erschöpfende Abhandlung, wobei sowohl die ausländische als auch die einheimische Literatur genügende Berücksichtigung findet.

Stolypinski: „Laparotomie bei einer Neugeborenen wegen Hernia funiculi umbilicalis". (№ 11).

Die Operation konnte nicht vollendet werden wegen hochgradiger Verwachsung der Leber mit dem Bruchsacke und der vorderen Bauchwand. Tod nach 4 Tagen an einer Halskrankheit. Verf. sah das Kind nach der Operation nicht mehr.

J. N. Grammatikati: „Ueber Veränderungen der Schleimhaut des Uteruskörpers bei Carcinom der Cervix". (№ 12).

Verf. gelangte bei seinen Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: 1) Bei krebsiger Erkrankung der Cervix ist die Schleimhaut der Uterushöhle stets verändert. 2) Die Veränderungen bestehen in verschiedentlichen entzündlichen pathologischen Processen, wobei das interglanduläre Gewebe constant ergriffen ist. 3) Diese entzündlichen Affectionen können auch erst dann ihren Anfang nehmen, wenn der Krebs der Cervix schon in seiner vollen Ent-



wickelung steht; daher könnte ein Zusammenhang zwischen den beiden Processen nicht von der Hand gewiesen werden. 4) Neben solchen entzündlichen Processen, welche die zelligen Elemente des Schleimhautstromas betreffen, kann man in einzelnen Fällen auch solche Veränderungen beobachten, welche einen bösartigen Character tragen. 5) Es ist sehr wohl möglich, dass die uns so häufig entgegentretende Hyperplasie und Hypertrophie des interglandulären Gewebes, wenn sie uns auch zunächst als Folge der Entzündung erscheint, nichtsdestoweniger einen bösartigen Character erhalten kann. 6) Daher müsste die Endometritis bei Cervixkrebs als ernste Complication aufgefasst werden. Verf. schlägt vor, in allen Fällen von hoher Cervixamputation wegen Carcinoms die Schleimhaut des Cavum sorgfältig auszukratzen.

J. Kaschkarow: „Die Kolpoperinäorrhaphie bei Anwendung der Methode von Lawson-Tait für die Perinäorrhaphie". (№ 12).

Verf. lässt bei der Colporrhaphia posterior die dreieckige Anfrischungsfläche (Hegar) einen Ctm. höher über dem Operationsterrain aufhören, welches er sich für die nachfolgende Perinäorrhaphie nach Lawson-Tait intact reservirt. —tz.

Aus russischen medicinischen Gesellschaften.

Aus den Protokollen der klimatologischen Section der russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit in Jalta.

(cfr. diese Beilage 1889, S. 34).

Die medicinische Subsection hat beschlossen, für den nächsten Congress der Gesellschaft russischer Aerzte eine Discussion über Aetiologie, Wesen und Therapie der Lungenschwindsucht vorzubereiten und der Vorsitzende Dr. Dmitrijew hat ein Programm entworfen, nach welchem die Arbeiten und Discussionen geregelt werden sollen, ohne durch dasselbe irgend welche freien Vorträge, die in dieses Gebiet schlagen, auszuschliessen. Nachdem in der Sitzung vom 11. November die Frage nach den *periodischen Lungenblutungen bei Phthisikern* discutirt worden, hielt in der Sitzung vom 18. November Dr. Noshnikow einen Vortrag über *Quecksilberbehandlung der Lungenschwindsucht bei gleichzeitiger Syphilis.* Zur Einleitung berichtete er über den klinischen Verlauf, sowie die therapeutischen Erfolge in 3 Fällen von hochgradiger Luës mit gleichzeitiger Lungenschwindsucht, von denen der eine nur mit Quecksilber, die beiden übrigen mit Quecksilber und Jodkali behandelt wurden. In einem Falle bestand ein ausgebreiteter gummöser Process mit Zerfall der Knoten unter der Haut, wodurch sich tiefgreifende Exulcerationen auf der Oberfläche des ganzen Körpers ausbildeten, ausserdem Affectionen der Drüsen, der Rachenschleimhaut u. s. w. Gleichzeitig bestand eine ausgedehnte Infiltration des oberen und mittleren rechten Lungenlappens mit beginnender Cavernenbildung. Bei einer Sublimatcur mit nachfolgender Jodbehandlung ging der Heilungsprocess beider concurrirenden Krankheiten ungewöhnlich rasch von statten. Der zweite Fall hatte auch ausgebildete Symptome der Lues und Lungenschwindsucht, wurde nur kurze Zeit einer Sublimatcur unterworfen, doch ging Vortr. rasch zu einer Jodkalibehandlung über mit gleichem Erfolg, den er aber hauptsächlich dem Jodkalium zuschreibt. In beiden Fällen enthielten die Sputa eine bedeutende Anzahl von Tuberkelbacillen. Im 3. Falle bestand neben gummösen Processen an verschiedenen Körpertheilen eine Infiltration des oberen Lappens der rechten Lunge, doch waren keine Sputa zur Untersuchung gekommen. Dieser Fall zeigte eine verhältnissmässig rasche Heilung bei eingeleiteter mercurieller Behandlung.

Die *Discussion*, an der sämmtliche Anwesenden lebhaft theilnahmen, ergab Folgendes:

1) Der 3. Fall darf nicht unbedingt in die Gruppe der Lungenphthise geschoben werden, da die Lungeninfiltration durch ein riesiges Gumma vorgespiegelt werden konnte.

2) Die Lungenschwindsucht auf syphilitischer Basis oder Syphilis bei Lungenschwindsucht dürfen mit mercuriellen Präparaten behandelt werden, doch muss man sich genau mit der Individualität der einzelnen Fälle bekannt machen. Es machten einige Mitglieder darauf aufmerksam, dass die Syphilidologen Lungenschwindsucht als Contraindication einer Mercurialbehandlung hinstellen; doch halten die meisten der Anwesenden, die mit zahlreichen Fällen dieser Art zu thun hatten, diese Contraindication nicht für stichhaltig.

3) Die Behandlung der Syphilis bei Phthisikern mit Jodkalium ist nur in den Fällen angezeigt, wo keine Disposition zu Lungenblutungen besteht.

4) Die Behandlung von Phthisikern, bei denen die Anamnese auf acquirirte oder hereditäre Lues hinweist, mit Mercurialpräparaten ist nicht nur erlaubt, sondern sogar anzurathen.

5) In vielen Fällen wirken Mercurialpräparate, besonders Sublimat, ausserordentlich wohlthätig auf Herabsetzung des Fiebers, Verbesserung des Appetits und Regelung der Darmfunctionen, wobei eine überraschende Besserung in der Ernährung eintritt.

Die Mitglieder der Section beschlossen das in diese Thesen gehörige Material ihrer Praxis zu sichten.

Bei Zusammenstellung der wöchentlichen Liste der Infectionskrankheiten ergab sich, dass die in St. Petersburg und Moskau herrschende *Influenza* auch Jalta heimgesucht hatte, da von den anwesenden Mitgliedern bereits 198 Fälle in Jalta und Umgebung verzeichnet wurden. Die in den Weinbergen von Massandra, sowie den übrigen Gütern arbeitenden zugereisten Bauern scheinen als Quelle der Epidemie angesehen werden zu können. Meist sind die Fälle leicht, beginnen mit heftigem Fieber 39,5—40° C., Kopfschmerz und Ohnmacht, Gliederschmerz und nur zuweilen mit Lungenerscheinungen; meist dauert das Fieber nur 1—2 Tage, in anderen Fällen wird dasselbe von heftiger Bronchitis begleitet; Schnupfen und leichtere catarrhalische Erscheinungen der Lungen treten meist im Anfangsstadium auf.

In der Sitzung vom 3. Februar 1890 wurden die Fragen der Gesellschaft hinsichtlich der *Influenza* in folgender Weise beantwortet: 1) Die Epidemie trat in Jalta und den nächsten Umgebungen Anfang November 1889 auf. 2) Der Höhepunct der Epidemie ist auf Mitte November zu setzen. 3) Die Epidemie fand Anfang Januar ihren Abschluss, doch treten noch bis jetzt (3. Febr.) sporadische Fälle der nervös-rheumatischen Form auf. 4) Es erkrankte annähernd ein Viertel der Gesammtbevölkerung. 5) Die mittlere Dauer der Krankheit war im Anfang der Epidemie 2 bis 5 Tage; in späteren Perioden ist wegen der Complicationen, ein protrahirter bis 3 Wochen und länger dauernder Verlauf verzeichnet. 6) Im Anfange der Epidemie fehlten Complicationen, später traten folgende Complicationen auf: catarrhalische Pneumonie, Darmcatarrh, Icterus, Albuminurie, auch einzelne Fälle von Pleuritis, Nephritis, Angina follic. Ueberhaupt sind unter den registrirten Fällen 10% mit Complicationen verzeichnet. 7) Unter den an *Influenza* Erkrankten ist kein einziger Todesfall vorgekommen; dennoch sind 2 Todesfälle bei Complication von chronischen Leiden mit Influenza verzeichnet, nämlich 2 Greise, von denen der eine an hochgradigem Lungenemphysem, der andere an einer Herzklappeninsufficienz litt; im letzteren Falle war die Influenza noch durch eine catarrhalische Pneumonie complicirt. 8) Die allgemeine Mortalität liess während der Epidemie im Vergleich an denselben Monaten in den beiden vorhergehenden Jahren keinen Unterschied erkennen, im December war dieselbe sogar mässiger als in den vorhergehenden Jahren. 9) Die Zahl der Fälle von Abdominaltyphus und croupöser Pneumonie ist im Anfange der Epidemie geringer gewesen, als in den entsprechenden Monaten der Vorjahre, zum Schluss der Epidemie steigt ein wenig die Zahl der croupösen Lungenentzündungen. 10) Im October erkrankten auf dem Wege von Sewastopol nach Jalta in der Nähe von Melas (gegen 40 Werst von Jalta) plötzlich eine bedeutende Anzahl von Personen an Influenza, so dass anzunehmen ist, dass die Epidemie von Westen in das Gebiet von Jalta eindrang. 11) Die Epidemie ist als eine *leichte* zu bezeichnen; man war nicht gezwungen die Lehranstalten zu schliessen oder die Arbeiten an den öffentlichen Bauten einzustellen. 12) Was die Therapie anbetrifft, so haben nur Diaphoretica und Laxantia Nutzen gebracht, von Chinin, Salicyl, Antipyrin und anderen antipyr. Mitteln ist kein Nutzen gesehen worden. 13) Der Verlauf der Krankheit war ein überaus gutartiger; wobei anfangs hauptsächlich die nervös-rheumatischen Formen mit mässigen gastrischen Erscheinungen auftraten; später stellten sich die catarrhalischen Formen ein.

In derselben Sitzung demonstrirt Apotheker Levinton verschiedene neue Medicamente und Formen, sowie die Reagentien auf falsificirtes Ol. jecoris Aselli.

Dr. Dmitrijew berichtet über die „Normalküchen" der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit in St. Petersburg.

Dr. Lebedew stellt den Antrag, eine regelmässige therapeutische Verwerthung des Blutes des Schlachtviehes einzuleiten; leider ergaben die Discussionen, dass der Betrieb nur durch eine grosse Zahl von Consumenten garantirt werden könnte.

F. W.

Auszüge aus dem Tageblatt der Kasan'schen ärztl. Gesellschaft, Jan.—Juli 89.

(Kasan 1889.)

Sitzung am 9. November 1888.

Prof. W. J. Rasumowski theilt einen „Fall von Echinococcus der Lunge" mit, welchen er mit günstigem Resultate operirt hat. (Demonstration des Pat.). R. hebt unter Anderem hervor, dass bei Ausspülung der Höhle ein bedeutender Collaps beobachtet wurde.

M. Kapustin wünscht etwas Genaueres über die Aetiologie des Falles zu erfahren und fragt, ob der Collaps nicht auf Carbolintoxication zu beziehen sei.

Rasumowski: Die Aetiologie dieses Falles ist nicht bestimmt; auf Carbolintoxication kann der Collaps nicht bezogen werden.

J. M. Lwow weist bezugnehmend auf den in Rede stehenden Zwischenfall während der Ausspülung auf die in der Geburtshilfe nicht selten beobachteten Collapse nach intrauterinen Ausspülungen hin, welche nach Anschauung Richter's u. A. (L. ist derselben Ansicht) als Reflexerscheinungen, hervorgerufen durch mechanische Reizung der Uterushöhle, aufzufassen sind. Im Falle R.'s lässt sich der Collaps nur als Reflexerscheinung erklä-



ren, da ein Eintritt von Luft oder desinficirenden Flüssigkeiten in's Blut ausgeschlossen ist.

R. schliesst sich der Ansicht Lwow's an.

Prof. M. Kapustin (Präsident) referirt über die Arbeit A. P. Tepljaschin's: „Ueber die im Glasow'schen Landschaftshospital von 1884 bis 1887 beobachteten Blinden".

Sitzung am 27. November 1888.

Prof. A. G. Gay spricht über: „Behandlung der Syphilis bei der Landbevölkerung". Vortr. macht darauf aufmerksam, dass die stationäre Behandlung der Syphilis der ambulatorischen aus manchen Gründen vorzuziehen sei, doch selten bei der Landbevölkerung durchgeführt werden könne. Bei innerer Darreichung von Quecksilber hat Gay selten gute Resultate gesehen; Schmiercuren sind auf dem Lande nicht gut anwendbar. Vortr. hält daher die Injectionscur für die rationellste; am bequemsten für die ambulatorische Praxis sind wöchentliche Calomelinjectionen (Scarenzio-Smirnow) oder Injectionen von Hydrarg. oxydat. flav. (Watraschewski).

Zum Schlusse der recht lebhaften Discussion, an welcher sich mehrere der Anwesenden betheiligen, resumirt M. A. Kapustin: 1) Bei der Behandlung der Syphilis unter der Landbevölkerung sind einige Umstände besonders zu beachten; die Behandlung darf nicht drückend, oder die öconomischen Verhältnisse störend sein. 2) Die stationäre Behandlung wird als die beste anerkannt, doch gestatten es die Verhältnisse noch nicht, sie ausschliesslich durchzuführen; in frischen Fällen ist sie jedenfalls anzustreben. 3) Die beste Methode sind wöchentlich ausgeführte subcutane Injectionen von Hg-präparaten.

Sitzung am 7. December 1888.

L. B. Mandelstamm: „Ueber die in Kasan herrschenden epidemischen Kinderkrankheiten (Masern, Scharlach, Keuchhusten und Diphtheritis)". Dem Vortrage folgen lebhafte Debatten über Contagiosität der Morbilli und Scarlatina, sowie über die Bedingungen der Verbreitung derselben.

N. K. Schtschepotjew: „Die Choleraepidemien im Kasan'schen Gouv. in den Jahren 1847, 1848, 1853 und 1871".

Sitzung am 14. December 1888.

Auf Veranlassung des Präsidenten wird über den geeignetesten Modus einer Beaufsichtigung der Schulen und der Lernenden durch Aerzte discutirt. Definitive Beschlüsse wurden noch nicht gefasst.

Sitzung am 21. December 1888.

Discussion über den Vortrag N. K. Schtschepotjew's: „Die Choleraepidemien im Kasan'schen Gouv. in den Jahren 1847, 1848, 1853 und 1871".

L. B. Mandelstamm: „Klinische Beobachtungen über die Wirkung minimaler Phosphordosen bei Rhachitis.

Sitzung am 25. Januar 1889.

Discussion über den Vortrag L. Mandelstamm's; in derselben suchen Prof. Rasumowski, J. M. Lwow und D. G. Ssemtschenko den Beweis zu liefern, dass die Behandlung der Rhachitis mit Phosphor einer wissenschaftlichen Basis entbehrt.

M. A. Kapustin: Obgleich das Wesen der Rhachitis unbekannt und die Aetiologie dieser Krankheit noch nicht vollständig klar ist, sprechen doch verschiedene Momente dafür, dass eine medicamentöse Behandlung der Rhachitis nur mit grosser Vorsicht anzuwenden ist. Auf einige wesentliche Mängel der Arbeit M.'s hinweisend, erwähnt K. ferner, dass über diese Frage schon auf dem III. Congress russ. Aerzte discutirt worden ist, wobei sich die Mehrzahl gegen eine Behandlung der Rhachitis mit Ph. ausgesprochen hat, aus ziemlich denselben Gründen, welche von den Oponenten M.'s ausgeführt worden sind.

Sitzung am 1. März 1889.

Prof. M. A. Kapustin referirt über den III. Congress russ. Aerzte in St. Petersburg.

N. N. Reformatski: „Ueber den Gesundheitszustand der Arbeiter der Flachsspinnereien".

Sitzung am 10. März 1889.

M. Kondoratski: „Zeichen des Aussterbens der Tscheremissen im Kasan'schen Gouvernement". Die Resultate der von K. angestellten Nachforschungen sind folgende: 1) Der Kropf ist unter den Tscheremissen sehr verbreitet; in manchen Gegenden wird er bei einem Drittel der Bevölkerung, in anderen bei der Hälfte, zuweilen sogar bei allen Bewohnern eines Dorfes beobachtet. 2) Der Kropf vererbt sich meist auf die Nachkommen, wobei er häufig bedeutendere Dimensionen annimmt. Idiotismus, Taubstummheit und völliger Kretinismus werden nicht selten beobachtet. 3) Die Fälle von Idiotismus und Taubstummheit bei bestehendem Kropfe sind unter den Bewohnern der Dörfer sporadisch zerstreut, erreichen jedoch in einigen $3^1/_2\%$. 4) In den Dörfern finden sich viele Waisen, welche häufig unfähig sind ein selbständiges Dasein zu führen; sie repräsentiren die letzten Reste ausgestorbener und aussterbender Familien. 5) Selbst vielgliederige Familien machen nicht den Eindruck einer langen Lebensfähigkeit. 6) Die heutige Generation erinnert sich noch des Aussterbens ganzer Dörfer. 7) Der Zuwachs der Bevölkerung in den Dörfern ist ein geringer.

Im Anschlusse an den Vortrag R.'s wird viel über die Aetiologie des Kropfes debattirt; positive Resultate sind nicht zu verzeichnen.

Sitzung am 29. März 1889.

K. M. Leontjew: „Ein Fall von spontaner Ruptur des Herzens". L. fand bei der Section einer 70-jährigen Bäuerin eine, für eine Sonde durchgängige Perforationsöffnung in der vorderen Wand des linken Ventricels. Ausser Sclerose der Aorta und der Art. coronar. und fettiger Degeneration des Herzmuskels waren keinerlei pathologische Veränderungen nachweisbar. Vortr. meint, dass die Ruptur des in seiner Ernährung beeinträchtigten Herzens durch Ueberanstrengung in Folge einer CO-Vergiftung eingetreten ist.

W. D. Orlow referirt über folgende eingelaufene Arbeiten: 1) Die Ursachen der Entstehung und der Verlauf der Scorbutepidemie im Meselinski'schen Kreise 1886/87 von A. W. Ssokolow. 2) Jahresbericht über die epidemischen Krankheiten im Ufa'schen Gouvernement 1886—1887.

Sitzung am 14. April 1889.

A. P. Podbelski: „Die amyloide Degeneration des Pankreas". Die Untersuchungen P.'s erstrecken sich auf 12 Fälle. Makroskopisch konnte in der Mehrzahl der Fälle eine Vergrösserung des Organes nachgewiesen werden. Mikroskopisch fand sich amyloide Degeneration der Wandungen der Arterien und Capillaren, der Membrana propria und der Bindegewebsfasern zwischen den Acinis; fettige Degeneration der secretorischen Zellen und derjenigen in den Points folliculaires (Renaut).

Sitzung am 5. Mai 1889.

P. W. Unschenin: „Schwangerschaft in einem Nebenhorne des Uterus. Retention der Frucht im Uterus im Laufe von einem Jahre und 8 Monaten. Laparotomie, Heilung". Mit Demonstration des entfernten Nebenhornes und des in demselben enthaltenen Foetus.

A. W. Perschin: „Ein Fall von multiplem Myom des Uterus". Laparotomie, Heilung. Die entfernte Geschwulst wiegt 2930 Grm. und besteht aus einem Conglomerat von subserösen (24) Myomen.

Derselbe demonstrirt eine Missgeburt.

Stud. Woizechowitsch verliest die „Krankengeschichte eines Falles von Paraplegia cervicalis".

Derselbe verliest eine Mittheilung des Stud. Portnow: „Ein Fall von Parese des Diaphragma in Folge von Läsion des Cervicaltheiles des Rückenmarkes".

Ausser den Protokollen enthält das Tageblatt noch folgende Arbeiten:

1) Ueber den Gesundheitszustand der Arbeiter der Flachsspinnereien von N. N. Reformatski.

2) Zeichen des Aussterbens der Tscheremissen im Kasan'schen Gouv. von M. Kondoratski.

3) Ein Fall von multiplem Myom; Laparotomie; Heilung. Von A. W. Perschin.

4) Echinococcus retro - peritonealis. Graviditas IV. menses; Laparotomie; Heilung. Von A. W. Perschin.

5) Zur pathologisch-anatomischen Casuistik des Echinococcus multilocularis der Leber. Von A. F. Brandt.

6) Ein Fall von Paraplegia cervicalis, complicirt mit Paresis diaphragmatis. Von Stud. A. K. Woizechowitsch.

7) Ein Fall von Paresis diaphragmatis in Folge von Läsion des Cervicaltheiles des Rückenmarkes. Von Stud. A. Portnow.

—bb—

Besprechungen.

— Wir erhalten soeben die *Protokolle* und die *‹Arbeiten›* (труды) (Band XX) *der bei der Kaiserlichen Universität zu Kasan bestehenden Naturforschergesellschaft.* Indem wir uns vorbehalten, über die einzelnen Mittheilungen zu berichten, geben wir den Inhalt der 5 uns freundlichst zugeschickten Hefte hier wieder:

1) Beilagen zu den Protokollen von 1888—89:

Smirnow: Ueber die Nervenendigungen in den Lungen von Rana temporaria. Smirnow: Ueber die Zellen der Membrana Descemitii bei Vögeln. Panormow: Ueber Glykogenbestimmung nach A. Bernard und Brücke. Wothschall: Ueber die Ablagerung und die Lösungsvorgänge der Reservestärke in den Holzgewächsen. Russki: Zur Ichthyologie des Don. Bericht über geologische u. Bodenuntersuchungen, 1888 ausgeführt im Kasan'schen Gouvernement. Krotow: Untersuchung der Phosphoritlager im Wjatka'schen Gouvernement.

2) Arbeiten (труды):

Arnstein: Zur Frage von den Nervenendigungen in der Hornhaut. Wyssozki: Ueber blauen Eiter. W. Nikolski und J. Dogel: Zur Lehre von der physiologischen Wirkung des Curare. A. Kasem-Bek: Ueber die Entstehung des ersten

Herztones. Dochmann: Materialien zur Lehre von der Galle. Ueber Aufsaugung in der Gallenblase. Buchalow: Periphere Nervenapparate des Muskelsinnes bei Fröschen. Bechterew und Mislawski: Ueber centrale und periphere Innervation der Därme. J. Jegorow: Das Verhältniss des Sympathicus zum Kopfschmucke verschiedener Vögel. Lewaschew: Zur Frage von der Contagiosität der croupösen Pneumonie.

3) Separatabdrücke aus Band XXI der „Arbeiten“:

№ 1. Roshanski: Zur Lehre von dem Verhältnisse des Rückenmarks und des Sympathicus zum Gefässsystem.

№ 3. Jacoby: Fidonia piniaria L. im Forst von Stolbischtscheno.

№ 6. A. Ostroumow, Dr. zoolog.: Regio occipitalis. Eine morphologische Studie. Hinze.

W. D. Glebowa: „Die Wanderniere bei Frauen, Mädchen und Kindern“. (Med. Obosr. 1889, № 20).

Verfasserin theilt in einer ausführlichen Abhandlung die interessanten Resultate einer Untersuchung mit, welche sie an 865 Personen weiblichen Geschlechts behufs Feststellung des Vorkommens, der Aetiologie etc. der Wanderniere ausgeführt hat. Zur Beobachtung gelangten: 566 ambulatorische Patientinnen, 266 Schülerinnen; 25 Bäuerinnen und 8 Tuberculöse. Die Wanderniere liess sich in 298 Fällen, d. i. 34,4% constatiren. Die Untersuchung geschah nach Botkin nur bei aufrechter Haltung der Pat., mit Nachvornestellung des Beines der entgegengesetzten Seite. Bauchpresse, Husten etc. erleichtern sie, während starke Fettentwickelung, Meteorismus, Tuberculose sie erschwerten. Das procentische Vorkommen der beweglichen Niere bei ambulatorischen Pat. und bei Schülerinnen war im Allgemeinen ein ähnliches. Von ersteren litten an der Wanderniere: 5—10-jährige in c. 7% aller Fälle; 10—20-jähr. in c. 28%; 20—25-jähr. in 50%; 25—40-jähr. in c. 43%; 40—55-jähr. in 33,3%.

Verf. unterscheidet 3 Grade der Nierenverlagerung, je nachdem ob 1/3, 2/3 oder die ganze Niere durchzufühlen ist.

	unter den ambulat. Patient.	unter den Schülerinnen.
Der erste Grad fand sich . . .	in 7,2%,	in 10,7%.
„ zweite „ „ „	„ 7,6%,	„ 6%.
„ dritte „ „ „	„ 19,5%,	„ 5,5%.
Beiderseitige Wanderniere . .	„ 5,3%,	„ 3,5%.

Es liess sich also bei 25,7% aller Schülerinnen die W-N feststellen; von 222 zur Untersuchung gelangten Kindern im Alter von 5—15 Jahren war dies in 45 Fällen, d. i. 20%, möglich. Stattgehabte Schwangerschaften sieht Verf. eher als ein die Heilung begünstigendes, als ein für die Erkrankung ätiologisches Moment an, da sie gleich Landau die W-N. häufiger bei Jungfrauen und Nulliparen als bei Multiparen gefunden hat. Verf. verwirft aber die von genanntem Autor vertretene Ansicht, wonach das Leiden selten primär und für sich auftrete. Aetiologisch liess sich in einer Reihe von Fällen eine erbliche Disposition für die Nierenverlagerung nachweisen. Therapeutisch werden zweckmässige Bandagen, locale Faradisation, Bäder, Massage empfohlen. Einzelheiten sind aus dem Originale zu ersehen. B. Kallmeyer.

B. G. Medem: „Zur Frage der Maassregeln gegen den schädlichen Einfluss der Schule auf die Gesundheit der Schüler“. (Separatabdruck aus dem Wojenno-Medic. Journ. 1889. März und April).

Als Maassstab des schädlichen Einflusses der Schule benutzt M. (älterer Arzt des Petrow'schen Kadettencorps in Poltawa) die in 41 Tabellen verzeichneten Resultate seiner Untersuchungen über Refraction und Sehschärfe der Zöglinge des genannten Corps und der Schüler des classischen Gymnasiums in Poltawa und zweier Dorfschulen im Poltaw'schen Kreise und kommt auf Grund der dabei gewonnenen Zahlen zu folgenden Schlüssen:

I. Aus der Zahl der in das Kadettencorps aufgenommenen Kinder litten bei der Aufnahme 25,62% (Mittel von 5 Jahren) an Myopie u. 8,89% an Amblyopie, während die Zahl der Emmetropen 56,08%, der Hypermetropen nur 9.41% betrug. Bei 18.34% der Aufgenommenen war ferner Anisometropie vorhanden. Die Sehschärfe war > 1 bei 15,70%. S = 1 bei 64,53%, S = 1/2 — 2/3 bei 13,57%. S = 1/4 — 1/3 bei 5,43% und S < 1/4 bei 0,77%, im Ganzen also litt 1/5 der Kinder bei der Aufnahme an Abschwächung der Sehschärfe.

Was den Grad der Myopie betrifft, so waren mit M 1/24 behaftet 95,2%, mit M 1/23 — 1/12 — 3,2%, mit M 1/11 — 1/9 — 0,4% und mit M 1/8 — 1/7 — 1,2%. Dieses Vorwalten der geringen Grade von M. beweist, dass es sich hier in der Mehrzahl der Fälle nicht um angeborene, sondern um acquirirte M. handelt.

Da nun bekanntlich die Mehrzahl der normalen Kinderaugen hypermetrop ist, so ist ein grosser Theil der vorgefundenen emmetropen Augen als aus ursprünglich hypermetropen Augen entstanden zu betrachten und ist dies ebenso wie die bedeutende Entwickelung von Myopie, Anisometropie und Abschwächung der Sehschärfe hauptsächlich als Folge der schlechten hygienischen Verhältnisse bei der ca. 2-jährigen *häuslichen* Vorbereitung zum Eintrittsexamen zu betrachten. (Unter den 60 vom Verf. in 2 Dorfschulen untersuchten Kindern litt nur eines, dessen intelligentere Eltern dasselbe auch noch zu Hause zum Lernen anhielten, an M.)

II. Was ferner den Einfluss anbelangt, den das Kadettencorps auf die Augen der Zöglinge ausgeübt, so hat sich Folgendes ergeben:

Bei 46 Zöglingen, welche bei ihrer Aufnahme in die Anstalt 43,48% E, 2,17% H und 50,0% M aufwiesen, ergab sich nach 5 Jahren ihres Aufenthalts im Corps 54.35% E, 10.87% H und 28,26% M, also eine Verminderung der Zahl der Myopen um 21%, was sich daraus erklärt, dass sich bei einem grossen Theile der Kinder während der angestrengten Vorbereitung zum Aufnahmeexamen in Folge von Accommodationskrampf eine Myopia spuria entwickelt hatte, die sich späterhin bei geringeren Anforderungen an die Leistungsfähigkeit der Augen wieder verlor; auch die Zahl der Anisometropen in dieser Gruppe zeigte nach Ablauf von 5 Jahren eine Verminderung um 8,69% und die Sehschärfe verbesserte sich gleichfalls.

Vergleichen wir sodann die aus dem Zustande der Refraction bei der Aufnahme der in Zeit von 5 Jahren eingetretenen Zöglinge berechneten Mittelzahlen mit der Refraction nach 5-jährigem Aufenthalte im Corps, so ergiebt sich ein geringer Zuwachs an Myopen (um 2,59%) und Hypermetropen (um 1,46%) und eine dem entsprechende Verminderung an E und Amblyopie. Dieser so geringe Zuwachs an M. in 5 Jahren, verglichen mit der Zahl der Kinder, bei denen sich die M in weit kürzerer Zeit vor Eintritt in die Anstalt entwickelt hat, spricht durchaus nicht zu Gunsten der elterlichen Aufsicht über die physische Erziehung der Kinder.

Ferner ist aus Tab. 10 und 11 ersichtlich, dass die geringen Grade von Myopie nach 5-jährigem Aufenthalte in der Anstalt bedeutend gebessert wurden, ja sogar in E. übergingen, während die höheren Grade sich verschlechterten.

Bei den Zöglingen, welche in den Jahren 1884—88 den 7-jährigen Cursus des Corps absolvirt haben, war die Zahl der Myopen im Vergleich mit derjenigen bei der Aufnahme um 12,53% gestiegen, — eine durchaus nicht hohe Ziffer im Vergleich zu der Zahl der Schüler, welche die M. noch während der häuslichen Erziehung erwarben.

«*Somit bildet das Anfangsstadium der Myopie, welches aus dem elterlichen Hause stammt, ein Uebel, gegen welches hauptsächlich die vielfachen Vorwürfe zu richten sind, die gegenwärtig einzig und allein die Schule treffen*».

III. Der Vergleich des Kadettencorps mit dem in derselben Stadt befindlichen classischen Gymnasium spricht durchaus nicht zu Gunsten des letzteren; so finden wir in der 7. Classe des Corps 38,15, in derselben Classe des Gymnasiums — 60.0% M.; die höheren Grade der Myopie progressiren im Gymnasium weit stärker und weist letzteres auch mehr Anisometropie auf.

Die Wurzel des Uebels aber liegt dort, wo das Kind zu lernen beginnt, — im elterlichen Hause; die irrationelle physische Erziehung der Kinder ist die directe Folge des Umstandes, dass die Eltern, sogar aus den intelligenten Classen der Gesellschaft, nicht vertraut sind mit den Gesetzen und Anforderungen der Hygiene und im Speciellen der Hygiene des Kindes. Diesem Uebelstande kann aber nur durch Aufnahme der Hygiene in den Lectionsplan der mittleren sowohl, wie der Hochschulen, abgeholfen werden und ist ausserdem von allen sich der Pädagogie Widmenden eine mehr oder weniger gründliche Bekanntschaft mit der Schul-Hygiene zu fordern. Janek.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

Mittheilungen des Vereins der Aerzte in Steiermark. XXV. Vereinsjahr 1888. Herausgegeben von Dr. V. Fossel. — Graz 1889. Leuschner & Lubensky.

Festschrift zur Eröffnung des neuen allgem. Krankenhauses zu Hamburg-Eppendorf. Herausgegeben von den Aerzten desselben, redigirt von Dr. C. Eisenlohr. — Hamburg 1889. W. Mauke Söhne.

Seeluft und Seebad. Eine Anleitung zum Verständniss und Gebrauch der Curmittel der Nordseeinseln, insbesondere von Norderney, von Dr. E. Kruse. — Norderney 1889. Soltau. — Preis 1 Mk.

Klinische Beiträge zur manuellen Behandlung der Frauenkrankheiten von Dr. v. Braun-Fernwald und Dr. Kreissl. Mit 7 Holzschnitten. — Wien 1889. Breitenstein's Verlag. — Preis Mk. 1.50.

Vorlesungen über Krankheiten der Harnorgane von Prof. Dr. R. Ultzmann. 2. Heft. — Wien 1889. Breitenstein's Verlag. — Preis Mk. 1.50.

Ueber operative Therapie der folliculären Bindehaut-Entzündung von Dr. G. Pfalz. — Bonn 1889. Verlag von Hanstein.

Operationscursus von Bergmann und Rochs. Mit 35 Abbildungen. — Berlin 1889. Verlag von A. Hirschwald.

The surgical treatement of intestinal obstruction by N. Senn. M. D. — Milwaukee Wis. Paper read before the congress of American Physicians Washington Sept. 18. 1888.

Megill Universite Annual Calendar Faculty of Medecine. 57. session 1889—90. — 1889.

Дозв. ценз. Спб. 2 Марта 1890 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.

UEBERSICHT

UEBER DIE

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 2. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1890.

Medizinskoje Obosrenije № 1.

J. F. Selenew: „Ueber die Behandlung der Syphilis mit tiefen Injectionen von gelbem Quecksilberoxyd".

Nach einer kurzen Literaturangabe über diese Methode theilt Verf. seine bei derselben an 114 syphilitischen Kranken gewonnenen Resultate mit; von den Patienten waren 48 früher mercuriell, 76 nicht mercuriell behandelt worden und wurde das HgO in 20—25% Suspension in Vaselin und Ol. Vaselin. bald zu je ½ Gran pro dosi in jede Seite des Gesässes, bald in die rechte 1, in die linke ½ Gran, in Summa 1½ Gran, bald in beide zu 1 Gran injicirt. Verfasser meint, dass das gelbe Quecksilberoxyd das beste Mittel zu Injectionen darstelle, alle syphilitischen Affectionen ohne jede locale Behandlung heile und zwar in grossen Gaben (1½—2 Gran und mehr) rascher als in kleinen, wegen seiner energischen Wirkung dem Calomel vorzuziehen sei und in 94% aller Fälle ohne Unterbrechung der gewöhnlichen Thätigkeit der Patienten angewandt werden könne. Cerebrale Syphilis, hohes Alter, Erschöpfungszustände, Alkoholismus, Blutarmuth u. dergl. geben keine Contraindication gegen die Anwendung unlöslicher Quecksilberpräparate, die Injectionen von 2 Gran HgO sind schmerzhaft, in $^{7}/_{10}$ der Fälle bilden sich Infiltrate, Abscesse sind nie beobachtet worden; die Temperatur war in 12% der Fälle erhöht, erreichte ihr Maximum 4—5 Stunden nach der Injection und fiel entweder an demselben Tage, oder hielt sich einige Tage mit geringen Abendsteigerungen über der Norm. In 14% wurde geringe Gingivitis, in 5% Gastroenteritis allein, in gleichfalls 5% aber mit Stomatitis und Salivation, in 3% Salivation und Gingivitis und in 2% Stomatitis und Erosionen an den Schleimhäuten beobachtet, was aber die Durchführung der Behandlung nicht verhinderte; diese wurde einfach bis zur Besserung dieser Symptome ausgesetzt; die Affectionen der Mundhöhle waren im Sommer während der Lagerzeit äusserst selten, traten aber auch bei Abwesenheit cariöser Zähne und bei Reinhaltung des Mundes auf. Sehr interessant ist ein Fall von einseitiger Stomatitis, welche sich auf der, der Injection homologen Seite entwickelte, was auf einen Zusammenhang der Munderkrankung mit trophischen Störungen des Nervensystems hinweist (cf. Bourns: Deut. med. Ztg. 1889, № 89). Das Hg erscheint nach der ersten Injection von gelbem HgO im Harn nach 12 Stunden, die Ausscheidung wird nach jeder Einspritzung 1—2 Tage lang stärker und bleibt während der ganzen Behandlung gleichmässig; Eiweiss wurde im Urin nie beobachtet, wohl aber eine 2-tägige Glykosurie, welche wahrscheinlich nervösen Ursprungs war. Die Zahl der rothen Blutkörperchen vergrösserte sich während der Behandlung sehr deutlich. Regressive Veränderungen an den Injectionsstellen können vorkommen, führen aber kaum zu solchen schweren Folgen (Fibrosarcom), wie sie Dühring beschreibt; Neigung zu Entartung in Muskeln und Nerven bietet eine Gegenanzeige für die Hg-Injectionen.

A. A. Lindström: „Zur Behandlung der Syphilis mit Oleum cinereum".

Verf. kommt nach seinen, an 53 Kranken mit Oleum cinereum-Injectionen gemachten Erfahrungen zum Schlusse, dass das Oel langsam wirke, die Exantheme wenig beeinflusse, häufig Infiltrate und Stomatitiden setze, deren lange Dauer auf eine langsame Resorption des Hg. hinweist, sehr häufig Recidive gebe, starke Schmerzen verursache; die Ausscheidung durch den Harn geschieht sehr allmälig und sind Embolien zu befürchten. Verf. hat die Vorschrift von Lang dahin modificirt, dass aus 60 Hydrarg. div., Adip. suilli 55 und Sebi bovi 5 Theilen eine graue Salbe dargestellt wurde, welcher 60% Mandelöl zugesetzt wurden. Bei diesem veränderten Oele waren die oben genannten Uebelstände weniger bemerklich.

P. A. Pawlow: „Ueber das Verhältniss der extrasexuellen syphilitischen Infection zur sexuellen im Mittelstande von Moskau".

Verf. hat in seiner Privatheilanstalt das oben erwähnte Verhältniss geprüft und gefunden, dass von den im Verlaufe von 5 Jahren behandelten 1424 Kranken, die sich sowohl in der condylomatösen als auch in der gummösen Periode befanden, 3,16% extrasexuell inficirt worden waren; bei 1236 Männern betrug das Procent (10 Fälle) nur 0,8, während es bei 165 Weibern (12 Fälle) sich auf 7,27% stellte, was von der Möglichkeit einer Infection beim Stillen und Umgang mit den Dienstboten abhängt; in der That betrug die Zahl der beim Säugen angesteckten Frauen mehr als die Hälfte aller Fälle. Hinsichtlich der Kinder ergab die Statistik des Verf., dass auf 18 Fälle vererbter Syphilis 23 erworbener, resp. extrasexueller Lues kamen.

Hinsichtlich der einschlägigen Statistik für die Dorfbevölkerung und diejenige der Städte St. Petersburg, Moskau, Kasan, Kronstadt sei auf das Original verwiesen.

J. S. Bataschew: „Ueber extrasexuelle Infection mit Syphilis in der landschaftlichen Praxis".

Verf. ist der Ansicht, dass in den Dörfern die extrasexuelle Infection *die Regel* bilde, wofür er einige Beispiele aus seiner Praxis anführt.

N. P. Fedtschenko: „Ueber syphilitische Infection beim Rasiren".

Verf. theilt aus der Literatur 14 und 3 eigene Fälle von syphilitischer Infection beim Bartscheeren mit und zwar waren vorhanden gewesen: 6 Ulcera dura malae, 6 U. d. menti, 2 U. d. colli und je 1 U. d. labii inf., frontis und plicae nasolabialis. Er vergleicht die Möglichkeit der Infection durch eine luetische Prostituirte und einen syphilitischen Barbier, erstere könne 3 Menschen, im Monate also 90 inficiren, während letzterer wenigstens 15 Menschen täglich, also 450 monatlich anstecken könne; dazu komme noch, dass gesunde Bartscheerer ihre Messer durch syphilitische Kunden inficiren können. Verf. urgirt eine strenge Ueberwachung der Barbierstuben, in welchen auch durch Kämme, Bürsten und dergl. die Ansteckung erfolgen könne.

L. N. Mursin: „Zwei Fälle von hartem Schanker des Oberlides".

Die Diagnose wurde in beiden Fällen aus der Schwellung der homolateralen Parotis und Submaxillaris, aus der Ursache, und dem Auftreten allgemeiner Symptome gestellt. Originell ist die Aetiologie in einem Falle, in welchem der Kranke, während er an einem Gerstenkorne litt, sich in das kranke Auge von seinen Freunden speien (!) liess; im zweiten Falle wurde die Infection wahrscheinlich durch die, einem syphilitischen Mitbewohner derselben Stube gehörende Bettdecke, welche der Kranke mit benutzte, vermittelt.

J. M. Ljubarski: „Ein Fall von wiederholter Infection mit Syphilis".

Der Kranke, 34 Jahre alt, war vor 10 Jahren syphilitisch inficirt und durch eine lange und methodische specifische Behandlung geheilt worden und erhielt sub coitu einen sogen. Ralletschen gemischten Schanker auf dem äusseren Vorhautblatte mit nachfolgender Allgemeininfection. Der Fall ist interessant wegen des gleichzeitigen Auftretens des syphilitischen und schankrösen Contagiums an einer und derselben Stelle des Körpers und des, beiden Arten des Contagiums charakteristischen klinischen Bildes der Affection; ausserdem beweist er, dass die Immunität der sog. syphilitischen Diathese, bei welcher der Hunter'sche Schanker sich nicht entwickeln kann, durch die Behandlung beseitigt worden war und dass, im Gegensatz zu der Ricord'schen Lehre der Unicité de la syphilis, eine wiederholte Infection erfolgen könnte.

Prof. N. Kotowschtschikow: „Zur Lehre vom metamorphosirenden Athmen".

Das zuerst von Seitz (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1865, pag. 292) beschriebene metamorphosirende Athmen ist von Riess (Zeitschr. f. klin. Med. 1889, S. 8) genauer untersucht worden, welcher dasselbe für ein pathognomonisches Zeichen vorhandener Cavernen hält. Es tritt unter 2 Formen auf: 1) das erste Drittel der Inspiration ist von einem Stenosengeräusch eingenommen, das Bronchialathmen oder einfachem Rasseln weicht und 2) zuerst tritt das Bronchialathmen und erst zu Ende der Inspiration das Stenosengeräusch auf. K. ist nun auf Grund seiner eigenen Beobachtungen zu folgenden Schlüssen gekommen:

1) Es müssen streng 2 Formen des metamorphosirenden Athmens unterschieden werden, von denen die eine mit Bronchialathmen, die andere mit Stenosengeräusch beginnt.

2) Erstere Form kommt ausser bei Cavernen noch bei Lungeninfiltraten vor.

3) Letztere Form erscheint nur bei Cavernen als pathognomonisches Symptom.

4) Der Entstehungsort muss in den Cavernen und den comprimirten, während der Inspiration sich ausdehnenden Lungenpartien gesucht werden; letzteres kann nur auf die erste Form des metamorphosirenden Athmens bezogen werden.

A. E. Pombrak: „Zur Casuistik der Behandlung des Alkoholismus mit Strychnin".

Nach einer kurzen Uebersicht der von russischen Autoren veröffentlichten einschlägigen Beobachtungen theilt Verf. 7 Fälle theils von chronischem Alkoholismus, theils von Dipsomanie mit und zieht folgende Schlüsse aus seinen Beobachtungen: Das



Strychnin ist ein zuverlässiges Mittel gegen chronischen Alkoholismus und Dipsomanie, bei welcher es sowohl die einzelnen Anfälle, als auch die Neigung zum Trunk heilt; die Paroxysmen des Delirium tremens scheinen gleichfalls der Strychninbehandlung zu weichen. Die Behandlung muss systematisch, consequent und oft recht lange stattfinden, doch sind hinsichtlich der Dauer der Behandlung und der Dosen die Acten noch nicht geschlossen. Vorläufig muss bei mittelschweren Fällen $^1/_{30}$ Gr., bei schweren aber $^1/_{15}$ Gr. des Mittels injicirt werden, kleinere Gaben sind häufig unwirksam. Während der Strychninbehandlung sind Prohibitivmaassregeln in Bezug auf den Branntweingenuss unnütz, der Kranke hört von selbst auf zu trinken. Bis jetzt ist die Entscheidung der Frage nicht möglich, ob das Strychnin die Neigung zum Trunke nur zeitweilig oder auf immer vernichte, jedenfalls darf diese Ungewissheit nicht von dem so nützlichen Gebrauche des Mittels abschrecken. Schliesslich erinnert Verf. an das Vorkommen von Neuritiden beim chronischen Alkoholismus.

S. Istomanow: „Die Behandlung der männlichen Impotenz mittelst Suspension".

Verf. hat, gestützt auf die bei der Suspension Tabischer von Motschutkowski, Charcot u. A. beobachteten Wiederherstellung der verloren gegangenen Potenz, auf die in Pariser Bordellen und türkischen Harems zu demselben Zwecke vorgenommenen erfolgreichen Suspensionen, an 10 impotenten Männern die Methode versucht. Sie litten ausserdem theilweise an Spermatorrhoe und Pollutionen und hatten früher stark onanirt und in venere excedirt. Alle 10 Fälle wurden geheilt. Die Zahl der Einzelsuspensionen schwankte, bis Heilung eintrat, zwischen 24 und 41, die in 4 Fällen gleichzeitig vorhandenen Pollutionen hörten nach resp. 9, 10, 12 und 24 Suspensionen auf. Hz.

Westnik oftalmologii, Januar—Februar.

A. W. Natanson: „Ueber Glaucom in aphakischen Augen". Aus dem St. Petersburger Augenhospital. In gekürzter Form eine Wiedergabe der Dissertation des Verf. (Dorpat 1889).

Graf Magawly: „Ein Fall von Cysticercus im Glaskörper" (erschienen in extenso in № 11 dieser Wochenschr.).

Ssegall: „Ein Fall von günstiger Einwirkung der Wärme bei Atrophia n. optici centralis".

Das Sehvermögen war bis auf Fingerzählen in 3 Fuss rechts, und links bis auf Lichtschein gesunken. Anfangs wurden Jodkali, Einreibungen mit grauer Salbe und Strychnininjectionen angewandt und hob sich V auf $^1/_{10}$ resp. Fingerzählen in 3 Fuss. Das Sehvermögen fiel bald wiederum und jetzt verordnete S. heisse Umschläge auf das Hinterhaupt, allwo der Sitz der Ernährungsstörung angenommen wurde in Folge von Arteriosclerose. Die Umschläge wurden möglichst heiss 2—3 Mal täglich je 15 Minuten lang applicirt. Das Sehvermögen hob sich zeitweilig auf das Doppelte. Wurden gleichzeitig auch heisse Umschläge auf die geschlossenen Augen gemacht, so constatirte S. sogar Aufbesserung des Visus bis auf $^1/_2$ mit dem rechten Auge. Der Erfolg war aber von kurzer Dauer. S. fordert die Collegen zu weiteren Versuchen auf.

J. N. Kazaurow: „Zur Cataractoperation durch Aussaugen". Mann 27 a. n. mit beiderseitigem Schichtstaar. Nach Atropin war V rechts Finger in 5 Fuss, links in $3^1/_2$. Linkerseits wird discidirt. Bereits am anderen Tage muss wegen Drucksteigerung vorgegangen werden. K. will asspiriren, das Instrument functionirt nicht gut und es tritt schliesslich etwas Glaskörper aus. Am anderen Tage plastische Iritis. Nach ca. 3 Wochen $V = ^1/_{10}$. Es besteht Verwachsung der Linsenkapsel mit der Hornhautnarbe. Ein Versuch, die Verwachsung mit einer Nadel zu durchreissen, misslang und fachte die Iritis wiederum an. Es wird jetzt unter Chloroform iridectomirt; die Extraction der Kapsel misslang. Mit V = Fingerzählen in 2 Fuss wird Pat. entlassen.

Below: In Anlass der Mittheilung Dr. Lawrentjew's: „Zur Entdeckung simulirter Schwachsichtigkeit bei Rekruten". (Westnik oftalmologii 1889, Nov.—Dec.).

Polemischer Artikel. G--n.

Wojenno-medizinskij shurnal 1889, November—December.

M. Selenezki: „Materialien zur Beurtheilung der Wirkung heisser Wannen, des Pilocarpins und heisser Einwickelungen bei Nephritikern". (Nov.).

E. Grubert: „Zur operativen Behandlung der gangränösen Hernien". (Nov.).

Verf. knüpft an einen nach der Hahn'schen Methode operirten Fall eine Besprechung der Operationsmethoden bei gangränösen Hernien.

J. J. Maximowitsch: „Bericht über die Abcommandirung in's Ausland". (Nov., Dec.).

W. W. Swjatlowski: „Excursionen in das Gebiet der Gewerbe-Hygiene". III. Abhandlung: Ueber die Traumen auf unseren Fabriken. (Nov.).

W. Walch: „Medico-statistische Nachrichten über die Mortalität der Bevölkerung St. Petersburg's f. October und November 1889". (Nov., Dec.).

M. A. Raskina: „Zur Aetiologie und klinischen Bacteriologie des Scharlachs und der denselben begleitenden Erkrankungen". [Schluss]. (Dec.).

Verf. resumirt am Ende der Schrift: 1) Im Blute, in den Organen und Hautschuppen der Scharlachkranken findet man verschiedenartige Mikroorganismen, unter denen wegen der Häufigkeit ihres Auftretens besonders 3 Arten Beachtung verdienen: der Kettencoccus, Edington's Stäbchen und Mikrococcus α. 2) Der Kettencoccus spielt beim Entstehen des Scharlachs keine nambafte Rolle, dient aber als Ursache vielfacher schwerer Complicationen der genannten Krankheit. 3) Das Stäbchen, von Edington als „Bacillus scarlatinae" beschrieben, hat, wie es scheint, nicht die ihm vom gen. Verfasser beigelegte specifische Bedeutung. 4) Einige Daten sprechen für die Specificität des Mikrococcus α, jedoch ist es zur allendlichen Entscheidung dieser Frage nöthig, die ausschliessliche Anwesenheit dieses Mikrococcus bei Scharlach auf dem Wege von Controll-Untersuchungen der Haut bei verschiedenen Hautkrankheiten nachzuweisen.

D. M. Uspenski: „Desinfection der Eisenbahnwaggons in Friedens- und Kriegszeit". [Schluss]. (Nov., Dec.).

Nach Verf. ist das Sublimat mit Kochsalz in einer Lösung von 1, 2, 4 : 1000 das einzige universelle Desinfectionsmittel, da dasselbe sehr rasch und durchaus sicher alle uns bekannten ansteckenden Mikroorganismen, beinahe in einer und derselben Zeit (in einigen Minuten), bei einer und derselben Concentration und bei einer einmaligen Anwendung tödtet.

Prof. A. G. Polotebnow: „Ist die Lepra ansteckend? [Fortsetzung]. (Dec.). —i—

Aus russischen medicinischen Gesellschaften.

Auszug aus den Sitzungsprotokollen der Kaiserlichen Kaukasischen Medicinischen Gesellschaft 1888/89. № 1—11.

(16. April 1888 — 16. April 1889.)
cfr. diese Wochenschr. 1889 № 1, S. 8.

D. J. Rjabczewski: „Zur Frage des Pendhe-Geschwürs und über das Programm des weiteren Studiums dieser Krankheit. (№ 1. Anhang.) Veröffentlicht im „Wojenno Mediz. Shurn." Oct. 1888.

B. G. Agassarow: „Die Syphilis im Kreise Aresch". (№ 2.) Constatirt die grosse Verbreitung der Krankheit in Folge des regen commerciellen Verkehrs, des starken Andranges von Arbeitern zum Bau der Eisenbahnlinie Baku-Tiflis und der ausgebreiteten geheimen Prostitution, ferner durch Infection beim Rasiren in den Barbierstuben und beim Baden im gemeinschaftlichen Bassin der einzigen Badstube im Kreise.

L. M. Zwieback: „Ein Fall von wanderndem multiplem Oedem". (№ 2.)

Die Krankheit begann bei dem bis dahin vollkommen gesunden 22jähr. Mann mit linksseitiger eitriger Parotitis und schmerzhaftem Oedem der oberen Extremitäten, welches, bei gleichzeitiger Bildung von Petechien und Ecchymosen, allmälig auf Rumpf, untere Extremitäten und Kopf, Schleimhaut der Nase, des Mundes, der Respirationswege und des Tractus gastrointestinalis überging bei gleichzeitigem ziemlich hohem Fieber, Erbrechen und Nasen-, Lungen- und Magenblutungen. Genesung nach 6-wöchentlicher Krankheitsdauer. Nach Verf. handelt es sich hier um die von Coeur unter dem Namen „Oedème rheumatismal multiple" beschriebene Krankheitsform.

G. W. Struve: „Chemische Analyse der Mineralquelle von Kobi". (№ 2.)

Die von Verf. untersuchte Quelle der Poststation Kobi an der Grusinischen Militärstrasse gehört nach ihm zu den kalten Chalikopegen und zeichnet sich bei namhaftem Gehalte an kohlensaurer Magnesia und Kochsalz durch vollständigen Mangel schwefelsaurer Salze (Gyps) aus.

N. A. Chudadow: „Ein Fall von Psoriasis vulgaris mit vollständiger Analgesie". (№ 3.)

Ch. vertheidigt auf Grund des von ihm demonstrirten Falles von Psoriasis vulg. mit Analgesie der befallenen Hautpartien Prof. Polotebnow's Annahme, dass diese Krankheit auf einer vasomotorischen Neurose beruhe.

G. M. Titow: „Zwei Fälle von Herpes corneae nach croupöser Pneumonie". (№ 3.)

A. M. Puginow: „Bemerkung zu A. A. Ter-Arjutinow's Artikel „Zur Frage der Erkrankungen an Abdominaltyphus in der Garnison von Kars". (№ 3.)

M. W. Lunkewitsch: „Demonstration einiger seltenen pathologischen und anatomischen Präparate". (№ 4.)

1) Anomaliae valv. semilunaris Aortae. L. (Prosector am Michael-Hospital in Tiflis) demonstrirt eine aus 2 und eine aus 4 Klappen bestehende Valv. semilun. Aortae — erstere aus der Leiche eines 58j, an Oesophaguskrebs Gestorbenen, letztere von



einem im Alter von 40 Jahren an Kohlendunstvergiftung gestorbenen Mannes.

2) Dystopia fixa renis sin. — In der Leiche eines 70j. Greises befand sich die linke Niere im kleinen Becken. Sie ist lappig, von unregelmässiger Form und erhält 3 Arterien: a) von der A. iliaca com. sin., b) aus dem durch die Verästelung der Aa. iliacae com. gebildeten Winkel und c) von der A. iliaca int.

3) Cysticercus cellulosae meningis cerebri. Der Fall ist dadurch interessant, dass bei dem 48j. an Endocarditis septica gestorbenen Manne, bei dem die Section eine grosse Anzahl von Cysticercusblasen, sowohl der Pia an der Convexität des Grosshirns, als auch in der Hirnrinde und sogar in der weissen Substanz ergab, bei Lebzeiten keinerlei psychische und überhaupt nervöse Störungen beobachtet worden sind.

4) Adenoide Infiltration der Gallenblase bei einem 15j. an acuter eitriger Peritonitis gestorbenen Jünglinge.

Das von L. demonstrirte mit Carmin gefärbte mikroskopische Präparat aus der bis zu 1,5 Ctm. verdickten Wand der Gallenblase stammt aus der Leiche eines an eitriger Peritonitis Gestorbenen, bei dem die Section ausserdem beginnende Cirrhose der Leber und Hyperplasie des adenoiden Gewebes in den Interstitien dieses Organes ergab.

5) Hydrops cysticus renum aus einer weiblichen Kindesleiche.

N. S. Ljubezki: „Demonstration eines Kranken mit verheilter Schnittwunde des Halses". (№ 4.)

Die Wunde (in Folge von Selbstmordversuch eines Melancholikers mit einem Federmesser) befand sich zwischen Os hyoid. u. Thyreoidknorpel und reichte nach hinten bis zur hinteren Rachenwand mit Verletzung der Schleimhaut derselben, seitwärts bis zum vorderen Rande der Mm. sternocleidomast. — Der Larynx war stark gesenkt, Os hyoid. mit Epiglottis emporgezogen, so dass die Wunde 3 Finger breit klaffte. In Folge von Verletzung der Aa. lingual., Aa. thyreoid. sup. und Aa. maxill. ext. colossale Blutung, Pulslosigkeit. Nach Ligatur der Gefässe Tracheotomia super. und Vernähung der Wunde mit Ausnahme ihrer Winkel. Einlegung eines Jodoformtampons. Verband mit Jodoform- und Sublimatgaze. In Folge ausgiebiger Bewegungen des Kehlkopfes bei dem bestehenden heftigen Husten gingen die Wundnähte trotz dreimaliger Anlegung derselben jedes Mal nach 1—2 Tagen auseinander. Die Wunde verheilte nach $3^1/_2$ Mon. per secundam mit Hinterlassung einer faltigen, stark nach hinten eingezogenen Narbe; der Larynx blieb bedeutend gesenkt und nach vorn prominirend. Die anfangs eingeführte Trachealcanüle musste wegen Verengerung der Trachealfistel durch eine engere, wie sie bei Kindern gebraucht wird, ersetzt werden und wird bis jetzt vom Pat. getragen, wobei er frei athmet und spricht, während bei Herausnahme derselben wegen Aufliegen der durch die Narbe nach hinten und oben verzogenen Haut auf den Eingang des Larynx die Inspiration, namentlich beim Husten, behindert wird. Die ganze Zeit bis zur Verheilung der Wunde wurde Pat. mit Hilfe einer durch die Nase eingeführten Schlundsonde ernährt.

L. J. Oscherowski: „Subcutane Injection von Antipyrin bei Ischias". (№ 4.)

O. empfiehlt täglich eine Einspritzung von 10—16 Tropfen folgender Lösung: Rp. Antipyrini, Aq. dest. ana ℥j, Cocaini muriatici Gr. β.

G. W. Urasow: „Zur Frage des therapeutischen Werthes der Punction bei pleuritischen Exsudaten". (№ 4.)

Bericht über drei mit gutem Erfolge begleitete Fälle von Punction mit einem Troiquart mittlerer Grösse im 7. Intercostalraum in der hinteren Axillarlinie.

J. A. Ssacharow: „Ein neuer Thermostat mit elektromagnetischem Regulator". (№ 5.)

Der nach demselben Principe wie der Scheibler'sche Apparat construirte Thermostat hat den Vorzug, dass er bei Besitz eines Elektromagneten und einer galvanischen Batterie leicht durch jeden beliebigen Blechschmidt hergestellt werden kann.

A. P. Astwazaturow: „Eine Modification der Empyemoperation". Vorläufige Mittheilung. (№ 5.)

Die von M. K. Holbeck-Tiflis vorgeschlagene Modification besteht darin, dass nach der Rippenresection und Freilegung der Pleura die letztere nicht in derselben Sitzung incidirt wird, sondern durch eine Troiquartpunction nur ein gewisser Theil des eitrigen Exsudates, und zwar wie viel von demselben sich von selbst ohne irgend welche Beihilfe entleert, entfernt wird. Sodann wird der Troiquart entfernt, die Wunde mit Jodoform bestreut, tamponirt und antiseptisch verbunden. Nach 48—72 Stunden erfolgt die Incision der Pleura, Entfernung des übrigen Theiles des Exsudates, Drainage, Ausspülung mit Salicylsäurelösung. Die weitere Behandlung nach den allgemein üblichen Regeln.

Nach A. besteht der Vorzug der Holbeck'schen Modification darin, dass dabei Pleura, Mediastinum und die Brustorgane nicht plötzlich, sondern allmälig von dem gewaltigen Drucke entlastet werden, dem sie von Seiten des Exsudates unterworfen waren und überhaupt alle Shokerscheinungen, die Hyperämia ex vacuo u. s. w. vermieden werden.

E. P. Haudelin: „Ein Fall von Pellagra" mit Demonstration des Kranken. (№ 6).

J. T. Protassewitsch: „Zur Casuistik der Behandlung des Empyems durch Einschnitt". (№ 6).

J. A. Ssacharow: „Beobachtungen, betreffend den die Febris intermittens hervorrufenden Parasiten". (№ 6).

Die von S. demonstrirten Formen des Plasmodium malariae sind identisch mit den von Laveran, Marchiafava und Celli, Golgi und Councillman beschriebenen und erhielt er seine Präparate auf folgende Weise: Eine dünne Blutschicht wird möglichst rasch durch Schwenken in der Luft und Erwärmung über der Spiritusflamme getrocknet, rasch mit absolutem Alkohol überspült und wiederum eilig getrocknet, sodann mit einer starken wässerigen Lösung von Methylenblau übergossen, die nach 1—2 Minuten durch einen Wasserstrahl abgewaschen wird. Die doppelte Färbung mit Eosin und Methylenblau wendet S. nicht an, da dadurch seiner Meinung nach die Untersuchung complicirter und das Präparat zuweilen undeutlich wird.

G. W. Urasow: „4 Fälle von lateraler Lithotomie". (№ 8).

Von der Voraussetzung geleitet, dass ihm rechterseits mehr freier Raum in der Tiefe der Weichtheile zu Gebote stehe, führte U. in allen 4 Fällen, die alle mit Genesung endigten, den Schnitt *rechts* von der Raphe des Perineums.

O. G. Gross: „Ein Fall von raschem Tode in Folge von Valvulus". (№ 8).

Derselbe: „Semina Carvi als Vermifugum bei Kindern". (№ 8).

Auf Grund dreier von ihm bei kleinen Kindern gemachter Beobachtungen empfiehlt Gr. den Kümmelkäse als ein angenehmes und rasch wirkendes Mittel zur Austreibung des Bandwurmes bei Kindern.

M. W. Lunkewitsch: „Demonstration mikroskopischer Präparate von Lepra". (№ 9).

Die von L. demonstrirten Präparate aus einem Lepraknoten der Wange zeigten die für den Bacillus Leprae charakteristischen Anhäufungen desselben in runden Häufchen, sowohl innerhalb der Zellen, als auch in den Interstitien zwischen denselben. Die Grenze für die Verbreitung des Bacillus bildete das Stratum Malpighii der Haut. In den Zellen der Talgdrüsen und Haarbälge wurde sein Vorhandensein nicht constatirt.

M. J. Reich: „Ueber die folliculäre Conjunctivitis". (№ 9).

R. sieht, den Standpunct Raehlmann's und Mandelstamm's einnehmend, das Wesen des trachomatösen Processes „in dem charakteristischen anatomischen Producte desselben — der Bildung circumscripter lymphatischer Hyperplasien, Follikel, oder follikelartiger Gebilde" und identificirt dem zu Folge die sog. Folliculosis und die Conjunctivitis follicularis mit dem Trachom.

Ein ausführlicheres Referat der interessanten, gegen Prof. Adamük-Kasan gerichteten Arbeit R.'s ist uns leider wegen Mangel an Raum nicht möglich.

A. K. Schurigin: „Einige in der Volksmedicin im Dorfe Tioneti und dessen Umgebung angewandte Heilmethoden, hauptsächlich nach der Handschrift des Nurmamed". (№ 9).

S. bietet uns eine ethnographisch interessante reichhaltige Aufzählung der verschiedenen bei den Stämmen des Kaukasus üblichen Curmethoden.

J. J. Korona: „Ueber die Wirkung des Jod bei Intermittens". (№ 10).

Auf Grund der von ihm in über 100 Fällen von Intermittens versuchten Anwendung des Jod hat sich K. überzeugt, dass

1) das Wechselfieber oft durch Jod geheilt wird, wozu jedoch grosse Dosen nöthig sind; auch treten oft Recidive auf;

2) die Tinct. Jodi in $1^1/_2$% Lösung für Kinder und 3% für Erwachsene zu 3 Kaffee- resp. Dessertlöffeln, je nach dem Alter, gegeben, vollständig unschädlich ist und

3) die combinirte Anwendung von Tinct. Jodi und Chin. muriat. vorzuziehen ist.

A. A. Stackmann: „Zur Frage des Nachweises der Beimischung von Dschugura und Gerste zum Weizenmehle". (№ 10).

Die Frage, ob dem Weizenmehl Dschugura (Durrha, Mohrenhirse, Sorghum Cernuum) oder Gerste beigemischt, ist nach St. hauptsächlich durch Mikroskop und Polarisationsapparat zu entscheiden. Die Details sind im Originale nachzulesen.

J. A. Ssacharow: „Ueber die morphologische Aehnlichkeit der Parasiten des Typhus recurrens und der Malaria". (№ 11).

S. zieht aus seiner Arbeit folgende Schlüsse:

1) Während der ganzen Dauer des Rückfalltyphus lebt im Blute ein Hämatozoon in dieser oder jener Phase seiner Entwickelung.

2) Die Febris recurrens kann auch in der Apyrexie, am besten mit Hilfe gefärbter Präparate diagnosticirt werden.

3) Auf Grund der morphologischen Aehnlichkeit des Malaria- und des Recurrensparasiten ist anzunehmen, dass auch der T. recurrens, analog der Malaria, aus dem Boden (miasmatisch) entstehen kann.

4) Durch die Aehnlichkeit der Parasiten wird auch die Analogie der Symptome beider Krankheiten erklärt.



5) Die Recurrensspirochaeten müssen aus der Gruppe der echten Spirochaeten (Schizomyceten) ausgeschieden und als *Pseudospirillen* bezeichnet werden.

Näher auf S.'s Arbeit einzugehen fehlt es uns an Raum. Leider fehlen die Zeichnungen der mikroskopischen Präparate. J—k.

s. a. Wratsch 1889 № 1.

Auszug aus dem Berichte über die Thätigkeit der Gesellschaft der Aerzte in Tula vom 24. Febr. 1888 bis 24. Febr. 1889.

Tula 1889.

cfr. diese Wochenschr. 1889 № 5 S. 40.

Der Verein besitzt sein eigenes kleines Hospital; die Zahl der wissenschaftlichen Vorträge im Laufe des Jahres betrug neun, grösstentheils casuistischen Inhalts, und zwar kamen folgende Themata zur Besprechung:

1) A. T. Basiner demonstrirt einen Phthisiker, bei dem sich auf der linken Rückenhälfte nach Perforation der Pleuren und der Intercostalmuskeln durch einen Lungenabscess eine kopfgrosse Eitergeschwulst gebildet.

2) A. A. Kidalowa referirt:

a) Ueber einen Fall von Atresia vaginae incompleta bei einer 19-j. verheiratheten Jüdin, deren Vagina bedeutend verkürzt erschien durch ein Septum, welches aus 4 in sagittaler Richtung verlaufenden bindegewebigen Strängen bestand; nach operativer Entfernung der Stränge erschien die Vagina von normaler Grösse, der Uterus gut entwickelt.

b) Ueber 3, nach Meinung der Referentin durch ein von der Hebamme überstandenes Erysipel hervorgerufene Fälle von Puerperalfieber.

3) M. M. Cholewinskaja berichtet über einen Fall von Keratitis neuroparalytica mit Ausgang in Heilung. Die Krankheit entwickelte sich zugleich mit Paralyse der linken Hand bei einem 30-j. Arbeiter (Potator) nach einer Kopfverletzung. Als Ursache der Erkrankung betrachtet Ch. den durch ein circumscriptes Exsudat an der Gehirnbasis auf den Trigeminus ausgeübten Druck.

4) W. A. Uljaninski schlägt behufs Prophylaxe der Verbreitung der Syphilis durch die Prostitution die Einführung eines Buches vor, welches der Prostituirten als Pass dienen soll und in welches nicht nur, wie bis jetzt üblich, bei der ärztlichen Untersuchung „gesund" oder „krank" einzutragen ist, sondern kurze Notizen über die *Art* der Erkrankung und späterhin die nöthigen Bemerkungen über den Verlauf der Krankheit zu machen sind.

5) W. J. Smidowitsch berichtet über einen von ihm bei einem 50-j. Manne beobachteten rechtsseitigen Pneumothorax, dessen Zustandekommen er durch Ruptur der emphysematösen Lunge in Folge heftigen Schreiens und energischer Körperanstrengung erklärt.

6) J. P. Zeitlin macht Mittheilung über einen durch Chinin geheilten Fall von Intermittens larvata, wo sich täglich von 4 Uhr Nachmittags bis Mitternacht bei einem 50-j. Kaufmanne, bei normaler oder sogar oft subnormaler Temperatur, der heftigste, unlöschbare Durst einstellte.

7) M. T. Grünstein demonstrirt eine mit exquisiter Sclerodermie des Oberkörpers behaftet gewesene und durch den innerlichen Gebrauch von Arsenik in kurzer Zeit von ihrer Krankheit befreite 28-jährige Frau.

8) J. W. Wjasemski referirt einen Fall von Uterusruptur intra partum mit Austritt der Frucht in die Bauchhöhle. Die Frucht wurde mit glücklichem Ausgange für die Mutter per vias naturales extrahirt. J—k.

Auszug aus den Protokollen und Arbeiten der Gesellschaft der Aerzte in Archangel für das Jahr 1889.

Lief. I., Archangel 1889.

cfr. diese Beilage 1889 S. 39.

In vorliegender Lieferung finden wir folgende Arbeiten:

1) G. G. Ssurowzew: „Einiges aus der Volksmedicin einer unserer nördlichen Gegenden".

Seine Beobachtungen hat S. in dem c. 1000 Seelen zählenden, 70 Werst von Archangel entfernten Nenok'schen Flecken am Ufer des Weissen Meeres gemacht. Der Glaube an die Kunst herumziehender Quacksalber und die Wirkung von Besprechungen bei den verschiedensten Krankheiten ist bei der Bevölkerung noch tief eingewurzelt.

Eine ganze Reihe von Kräutern werden zur Bereitung als Arzenei dienender Infuse benutzt, so Pedicularis Sceptrum bei rheumatischen Schmerzen, Alchemilla vulg. und Gnaphalium dioicum bei den verschiedensten innerlichen Schmerzen, Pyrola rotundifolia bei Praecordialangst und Schmerz in der Herzgegend; Das Infus von Lychnis pratensis wird von den Frauen nach der Niederkunft getrunken (zur Beförderung der Involution des Uterus?); Solidago Virgaurea bei Suppressio mensium gebraucht, Campanula patula bei Durchfall, Thymus Serpyllum bei acuten Affectionen der Luftwege, Andromeda Polifolia bei Ascites, mit dem Aufguss von Linnaea borealis werden die kleinen Kinder gewaschen, um sie vor „dem bösen Auge" zu schützen; Trifolium agrarium soll bei Lahmheit, Ledum palustre bei Paralyse wirksam sein; Ulmaria palustris wird als Gurgelwasser und innerlich gebraucht bei Affectionen der Mundhöhle. Die Rhachitis wird mit Bädern aus erwärmtem Meeressande behandelt. Die Asche von Thierhaaren gemengt mit der Asche verbrannter Haut dient als Stypticum. Nach Schlangenbiss wird auf die Wunde zuerst Butter, sodann in Milch getränkte Compressen applicirt.

2) E. K. Berëskin (Veterinairarzt): „Zur Casuistik der Tollwuth".

Der von einem notorisch an Rhabies leidenden Hunde in Lippe und Hand Gebissene blieb nach einer in Moskau durchgemachten Pasteur'schen Impfcur gesund.

3) G. A. Subtschaninow: „Die Morbidität und Mortalität unter den Recruten des Archangelogorodschen Reserve-Bataillons von 1877—1888". J—k.

Bücher (Broschüren, Dissertationen, Berichte).

1889.

Alexejew, K. Th.: Zur Frage der Behandlung der Lyssa in Russland mit Volksheilmitteln aus dem Pflanzenreich. — Charkow.

Andrejew, E. Th.: Eine billige gestrickte Bauchcorsetbandage für Schwangere und an Hängebauch Leidende. — St. Petersb.

Bericht der St. Petersburger Gebäranstalt für 1888. — St. Petersb.

Bericht über die Thätigkeit des Kinderhospitals der Heiligen Olga in Moskau für das Jahr 1888. — Moskau.

Bericht über die Mortalität in Moskau für August und Sept. 1889.

Bericht über die Schwankungen der Bevölkerung in der Stadt Moskau, Januar—Juli 1889.

Bericht über den Verlauf der epidemischen Krankheiten im Gouvernement Moskau im September und October 1889.

Blumenau, L. W.: Zur Lehre vom Hirndruck. — Diss. St. Petersb.

Bobrow, A. A.: Cursus der operativen Chirurgie und chirurgichen Anatomie. 2. Aufl. — Moskau.

Dolshenkow, W. J.: Berichte der Landschaftsärzte über die epidemischen Krankheiten im Kursker Gouvernement für 1888.

Drushinin, M.: Ueber die Veränderungen des Gelenkknorpels bei der Exarticulation. Diss. — St. Petersb.

Erismann, Th. Th. und Ssokolow, N. D.: Ueber die sanitären Maassnahmen gegen die Verbreitung der Infectionskrankheiten in Schulen und durch die Schule. — Ssaratow.

Florinski, W. A.: Der Nährwerth der Müller'schen Conserven. Diss. — St. Petersb.

Goschkewitsch, M. J.: Die Morbidität, Mortalität, die Geburts- und Ehestandstatistik der Bevölkerung der Stadt Chersson für 1888. — Chersson.

Grazianow, P. A.: Der Hypnotismus als Heilmittel und als Sport. — Minsk.

Jankowski, D. N.: Zur Lehre von der Wirkung der Eingiessungen von heissem Wasser in den Darmkanal. Diss. — St. Petersb.

Krüdener, A. G.: Zur Frage der experimentellen Epilepsie. Diss. — St. Petersb.

Lukjanow, S. M.: Die functionelle Norm und die pathologischen Abweichungen. — Warschau.

Lwow, M.: Medicinischer Rechenschaftsbericht der Lichatschew'schen Gebärabtheilung des Kasan'schen Gouvernements-Landschaftshospitals (Sept. 1888 bis Sept. 1889).

Mironow, M. M.: Ueber die Ursachen der Wochenbettkrankheiten. Diss. — Charkow.

Münch, A.: Beiträge zur sanitären Beschreibung des Ssaratow'schen Kreises. Lief. I. — Ssaratow.

Nagel, K.: Ueber die Schwankungen der Blutmenge im Gehirn unter verschiedenartigen Bedingungen. Diss. — Moskau.

Pawlow, K. L.: Beiträge zur Pharmakologie des salzsauren Hyoscins. Diss. — St. Petersb.

Pawlowski, A. D.: Die Principien und Aufgaben der Chirurgie der Gegenwart. — Kiew.

Puteren, M. van: Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Brustkinder. — St. Petersb.

Radsischewski: Beiträge zur Lehre von den schwarzen Pocken und der Purpura hämorrhagica. — St. Petersb.

Sacharjin, G. A.: Calomel bei hypertrophischer Lebercirrhose und überhaupt in der Therapie. 3. Aufl. — Moskau.

Derselbe: Klinische Vorlesungen. Lief. I. — Moskau.

Salesski, S.: Die Vereinfachung der makro- und mikrochemischen Reagentien auf Eisen. — Tomsk.

Sammlung der Arbeiten des Charkow'schen Veterinär-Instituts für die Jahre 1887 und 1888. Th. I und II. — Charkow.

Scheboldajew, W. W.: Der ärztliche Bureaukratismus. — Tschernigow.

Дозв. ценз. Спб. 23 Марта 1890 г. Herausgeber Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.

UEBERSICHT

UEBER DIE

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 3. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1890.

Medizinskoje Obosrenije № 2.

Schnaubert: „Ueber die Influenza in Moskau 1889".

Die ersten Fälle von Influenza wurden in Moskau Anfangs October beobachtet, die Krankheit erreichte Mitte October ihren Höhepunct und nahm Mitte November ab, obgleich noch im December frische Erkrankungen vorgekommen sind; es wurde mehr als ¹/₃ der Stadtbevölkerung ergriffen. Der im September herrschende Abdominaltyphus trat viel seltener auf, vor dem Erscheinen der Grippe wurde viel Keuchhusten unter den Kindern beobachtet, auf der Höhe der Epidemie kamen viele croupöse Lungenentzündungen vor; es gab merkwürdiger Weise aber gar keine Recurrens. — Im Gegensatze zur herrschenden Ansicht scheint doch das Wetter nicht ohne Einfluss auf das Auftreten der Influenza zu sein, da die meteorologischen Verhältnisse zu dieser Zeit abnorme waren, namentlich herrschten Südwinde und hoher Barometerstand vor; es sind aber die Beobachtungen noch zu spärlich, um sichere Schlüsse zu gestatten. Verf. versucht eine Pathologie der Influenza auf Grundlage von 283 fremden und 30 eigenen Beobachtungen zu geben und kommt zum Schlusse, dass zwei Gruppen von Symptomencomplexen zu unterscheiden seien, von denen die eine mit allgemeiner Schwäche, Fieber *und* catarrhalischen Erscheinungen, die andere aber *ohne* die letzteren verlief. Verf. unterscheidet 3 Formen der Grippe: 1) *Influenza* — die gewöhnliche Grippe mit stark entwickelten Catarrhen, 2) *Influenza levis*, Uebergangsform mit schwach ausgebildeten Catarrhen und 3) *Febrisripposa*, Fieber ohne Catarrhe, der Febris ephemera anderer Autoren entsprechend. Hinsichtlich des *Alters* ist zu bemerken, dass die meisten Erkrankungen (32,4%) auf das Alter von 15—20 Jahren entfallen, sie werden seltener nach 35 Jahren und nach 55 Jahren kommen sie kaum vor. Es erkrankten 85% Männer und nur 15% Weiber. *Vorboten* giebt es nicht, ein Schüttelfrost, der sich selten wiederholt, eröffnet den Verlauf und gleich nach ihm treten die nervösen Erscheinungen, die Catarrhe und das Fieber auf. Der *Schmerz* im Kopfe und in den Extremitäten ist sehr intensiv, auch schmerzen namentlich die Schienbeine stark; ob dieses, wie bei der Recurrens, durch die bekannten Veränderungen im Knochenmarke bedingt wird, ist unbekannt. Sehr häufig kamen Quintus-Neuralgien vor, zuweilen ganz ohne Fieber; es verschwinden, wie auch bei anderen Infectionskrankheiten, chronische Nervenkrankheiten, wahrscheinlich aber nur zeitweilig. Immer war allgemeine Abspannung und Schwäche vorhanden. Das *Fieber* betreffend, so steigt die Temperatur während des Frostes sehr rasch und kann in 1—2 Stunden 39,5° und mehr erreichen, später wird es remittirend, hält sich um 39° herum 3—4, bei schweren complicirenden Catarrhen 3—8 Tage, bei mangelnden Catarrhen 2—5 Tage, fällt fast immer kritisch in 1, selten in 2 Tagen, gewöhnlich unter heftigem Schweisse ab. Lyse tritt nur bei intensiven Catarrhen ein. Nach der Krise ist die Temperatur subnormal oder normal; häufig traten Recidive auf, die Apyrexie dauerte 1—6, im Mittel 2 Tage, das Recidiv war ebenso stark wie der erste Anfall. Die Catarrhe betreffen hauptsächlich die Lungen, haben die Eigenthümlichkeit, dass sie nur die der Luft zugänglichen Schleimhäute, und zwar mehrere zugleich afficiren, Neigung zu Herdbildung haben, gerne auf- oder abwärts kriechen und sehr oft recidiviren; sie können fieberlos verlaufen und nur auf das sogen. trockene Stadium beschränkt bleiben. Die Milz war in 38,7% vergrössert, die Leber in 16,7%, besonders im Beginne der Krankheit; gleichzeitige Vergrösserung der Leber und der Milz kam nur in 8,8% vor, Albuminurie wurde in 137 Fällen 6 Mal, Herpes facialis sehr häufig beobachtet; der Puls war meist beschleunigt, nie über 90. Nach Verf. ist die Diagnose der Influenza, namentlich gegenüber dem Abdominaltyphus durchaus eine leichte, weil sie sehr charakteristische Symptome darbietet.

N. Bogojawlenski: „Ueber den Charakter der in Moskau während des Novembers herrschenden Epidemie".

Nichts Neues.

W. Korssakow: „Die Influenza-Epidemie — October-November — 1889 auf der Moskau-Nishni-Nowgorod-Eisenbahn".

Hervorzuheben wäre aus diesem Berichte, dass die Epidemie nach Eintritt kalter Witterung schwächer, bei warmem Wetter aber wieder stärker wurde, dass Weiber seltener als Männer, Kinder fast garnicht erkrankten, dass gegen Ende der Epidemie croupöse Pneumonien epidemisch auftraten; es ist aber fraglich, ob diese mit der Influenza zusammenhingen, oder durch die damals herrschenden grossen Schwankungen in der Temperatur der Luft bedingt wurden. Im Vergleiche zu den Bewohnern der Städte erkrankten die, an der Eisenbahnlinie wohnenden viel seltener, weil die sanitären Bedingungen hier günstiger waren.

N. Netschajew: „Materialien zur Frage vom Vorfalle der Nabelschnur". Aus der Klinik des Prof. Jastrebow in Warschau.

Auf 1508 Geburten (vom 15. März 1885 bis zum 14. März 1889) kamen 48 Nabelschnurvorfälle (3,2%) vor, eine sehr grosse Zahl, welche bei anderen, vom Verf. angeführten Autoren zwischen 0,2% und 1,9% schwankt. Verf. bezieht die Häufigkeit der Vorfälle auf die oft vorkommenden engen Becken und die Lage des Kindes (bei Quer- und Schieflage 14, bei Steisslage 3, bei Fuss- und Steisslage 8), ferner begünstigte den Vorfall die Länge der Nabelschnur (in 35 Fällen die normale Länge von 50—55 Ctm. überschritten), die Anheftungsstelle der Placenta, und zwar näher zum Os uteri (26 Mal) und Vorfall vorliegender kleiner Kindstheile (20 Mal). Einen von verschiedenen Autoren behaupteten Einfluss des Hydramnions auf den Vorfall der Nabelschnur hat Verf. nicht beobachten können, ebenso wenig wie den einer verzögerten Geburt; der verfrühte Wasserabfluss hat keinen Einfluss auf den Nabelschnurvorfall, wohl aber kommt dieser bei Mehrgebärenden häufiger zu Stande, als bei Erstgebärenden. Die Sterblichkeit der Kinder bei vorgefallener Nabelschnur betrug 66%, doch pulsirte bei 32 Kreissenden diese beim Eintritte in die Anstalt nicht mehr. Bezüglich der Therapie ist nach Verf. die Geburt künstlich zu beenden, wenn die Bedingungen für Reposition der Nabelschnur ungünstig liegen, in fast allen den Fällen, in welchen die Nabelschnur pulsirte, gelang es das Leben des Kindes zu retten.

J. M. Lwow: „Ueber den Einfluss der Influenza auf den Verlauf der Schwangerschaft".

8 Fälle von Influenza in der zweiten, 2 in der ersten Hälfte der Schwangerschaft bei Mehrgebärenden. Bei der ersten Kategorie mit Fiebermaximum am 1. Tage (6 Fälle), am 3.—4. Tage (2 Fälle) wurden 2 Mal Frühgeburten im 7. und 8. Monate, am 4. und 5. Tage der Influenza beobachtet, welche nach Ablauf der Geburt verging. Von den 2 Fällen der zweiten Kategorie trat die Geburt ein Mal im 3. Monat am 7. Tage der Krankheit bei einer T. von nicht unter 40°, das andere Mal erst zwei Monate nach abgelaufener Influenza ein; hier waren aber die Eihäute fettig entartet und bestand ausserdem eine Endometritis decidualis hämorrhagica.

J. K. Strshalko und E. M. Eliasberg: „Zur Casuistik der Hyperemesis gravidarum".

Unstillbares Erbrechen bei einer Hydatidenmolen-Schwangerschaft, welches nach künstlicher Austreibung (10. Woche) am 5. Tage aufhörte; Verff. schreiben dasselbe der starken Ausdehnung des Uterus durch die Mole zu, da der Fundus uteri auf der Höhe des Nabels stand. Aus dem Verlaufe des Falles ist zu bemerken, dass der Puls nach Abgang der Mole auf 180 stieg, dass Icterus und eine rechtsseitige, bald heilende Parametritis eintraten.

A. Nedswezki: „Abänderung des Morosow'schen Apparates zur permanenten Irrigation der Vagina". (Cf. Med. Obsr. № 6, 15 und 16, 1889).

W. Bechterew und N. Mislawski: „Zur Frage von der Innervation des Magens".

Verff. verfuhren bei diesen Untersuchungen ähnlich, wie bei denjenigen über die Darmbewegungen (cf. Arbeiten der Naturforscher-Gesellschaft an der Kasan'schen Universität, Bd. XX, 1889 [Ref. diese Beilage 1889, № 9, S. 39] und Arch. f. Anatom. und Physiol., Suppl.-Bd., 1889) und sind zu dem allgemeinen Resultate gelangt, dass Reizung der Vagi die Peristaltik erhöhe, diejenige der Splanchnici dieselbe hemme, ähnliche Wirkungen können von gewissen Rindenbezirken ausgelöst werden; Reizung des Bauchfelles hemmt die Peristaltik. Bei dem ausschliesslich physiologischen Interesse dieser Arbeit müssen wir bezüglich der Einzelnheiten auf das Original verweisen, umsomehr, als eine directe Uebertragung der unter sehr complicirten Versuchsanordnungen an Thieren gewonnenen Resultate auf den Menschen nicht möglich ist.

N. Kowalewski: „Ueber das Verhalten der Milch zum Guajakharz".

Verf. hat die von Klebs (Centralbl. f. d. med. W. 1868, № 27) und C. Arnold (Ber. d. deutsch. chem. Ges. 1881, Bd. XIV, S. 2286) angeführte Thatsache, dass Caseïn, resp. frische Milch mit Guajaktinctur eine blaue Färbung annehme, eingehend geprüft und gefunden, dass diese Reaction eine sehr unsichere ist, sich dagegen sehr scharf bei der Anwendung des von Deenschen Reagens (Tinct. Guajaci und Oleum Terebinthin.) zeigt.



Im Gegensatze zu Klebs hat K. gefunden, dass nicht das Casein, sondern nur die im Milchserum enthaltenen Lactoglobulin und Lactoalbumin die genannte Reaction hervorrufen und dass sie diese Fähigkeit durch hohe Temperaturen einbüssen, was bei der Anwendung dieser Probe auf das Hämoglobin nicht stattfindet; es wäre mithin eine differentielle chemische Diagnose zwischen den Eiweissstoffen der Milch und denjenigen des Blutes gegeben, was in forensischer Beziehung von Wichtigkeit sein kann.

M. Popjalkowski: „Die Jonen-Behandlung der Endometritis".

Verf. benutzte die Thatsache, dass an der Anode bei der Electrolyse Säuren und Haloide sich ansammeln und behandelte 10 Fälle chronischer Endometritis nach der Apostoli'schen Methode, nur führte er anstatt einer Platinasonde eine solche aus Zink ein. Er wandte, da ausser der consecutiven trophischen Wirkung des Stromes noch das sich dabei bildende Chlorzink wirkt, nur Ströme von 30—70 M. A. an. Die Sitzungen dauerten 3—5 Minuten, wurden alle 2—3 Tage gemacht; der Fluor albus verschwand gewöhnlich nach 5—8 Sitzungen, nur in einem hartnäckigen Falle bedurfte es dazu 10 Sitzungen. Vor einer solchen muss die Höhle des Cervix und des Uterus mittelst sodagetränkter hygroskopischer Watte und Playfair'scher Sonde gereinigt werden; da Zink sehr brüchig ist, so muss man mehrere Sonden von verschiedener Krümmung haben, will man aber eine Sonde biegen, so muss dieselbe vorher durch eine Spiritusflamme erwärmt werden. Verf. hat von diesem Verfahren recht befriedigende Resultate erhalten. Hz.

Semskij wratsch, 1889, № 36—52.

W. Shadkewitsch: „Zur Frage der Desinfection in den Landschaftshospitälern." (№ 38.)

In Rücksicht auf die geringen Mittel, über welche die Landschaftsmedicin verfügen kann, empfiehlt Sh. folgenden nach dem Principe des R. Koch'schen Sterilisirapparates construirten und mit sehr geringen Unkosten überall leicht und rasch herstellbaren Apparat zur Desinfection mit strömendem Wasserdampfe: Ein Kessel mit Wasser wird über einem unter freiem Himmel im Erdboden ausgegrabenen Feuerherde aufgestellt und über den Kessel eine mit den zu desinficirenden Kleidern, Wäschestücken u. s. w. bis zu $^2/_3$ gefüllte Tonne angebracht; letztere wird, nachdem alle Gegenstände durch zahlreiche sich kreuzende, an in die Seitenwände eingeschlagenen Nägeln befestigte Schnüre vor dem Herausfallen geschützt worden sind, umgestülpt. Im nach oben gerichteten Boden der Tonne befinden sich mehrere kleine Oeffnungen zum Entweichen des Dampfes und eine grössere zur Einstellung eines Thermometers; der auf dem Erdboden stehende Rand der Tonne wird rings mit Erde, die von Zeit zu Zeit mit Wasser übergossen werden muss, belegt (noch besser ist es, wenn der Rand der Tonne in einer mit Wasser gefüllten Blechrinne steht). In der Seitenwand der Tonne unterhalb des Schnurgeflechtes befindet sich eine durch einen Propfen geschlossene Oeffnung, welche nach Beendigung der Desinfection geöffnet wird, wobei dann der Dampf rasch durch dieselbe entweicht und somit nicht mehr die Wäsche oberhalb des Geflechtes durchströmt und durchfeuchtet, jedoch eine für ein rasches Trocknen der in der Tonne befindlichen Gegenstände genügende Temperatur unterhält.

Bei einem von Sh. bei einer Temperatur von + 4 und + 3° R. bei Regen und feinem Hagel gemachten 4 Stunden lang dauernden Versuche betrug die Temperatur innerhalb des Apparates die ganze Zeit hindurch 100° C.

N. Tesjakow: „Materialien zur Hygiene der Landarbeiter in Süd-Russland". (№ 38).

Im Herbste zur Zeit der Ernte findet alljährlich ein gewaltiger Andrang von Arbeitern aus den nördlichen Gouvernements in die getreidereichen südlichen statt, wobei nicht selten der äusserst antihygienischen Lebensverhältnisse wegen unter den eingewanderten Arbeitern auch auf die einheimische Bevölkerung übergreifende Epidemien ausbrechen. Autor hat auf 7 grossen Landgütern des Gouv. Cherson die Wohnungen der Arbeiter und ihre Nahrung untersucht und die Arbeiter selbst (im Ganzen 332) besichtigt und berichtet über die traurigen von ihm vorgefundenen sanitären Verhältnisse, in denen die Ankömmlinge zu leben gezwungen sind.

W. Shadkewitsch: „Ueber die sanitären Verhältnisse der Stadt Nowgorod-Sewersk". (№ 40).

W. Portugalow: „Die Hospitalfrage auf der Pariser Ausstellung". (№ 40).

B. Gordon: „Umriss der Entwickelung der Landschaftsmedicin im Kreise Borsna (Gouv. Tschernigow)". (№ 40—42, 46—47).

N. N. Russanow: „Zur Frage des Kampfes mit den Epidemien". (№ 42).

Aus seiner 10-jährigen Erfahrung berichtet R. über die Hindernisse (Mangel an Geldmitteln, Unwissenheit und Aberglauben der Bevölkerung, Kanzeleiwesen etc.), welchen der Landschaftsarzt bei Ausbruch von Epidemien im Kampfe mit denselben auf jedem Schritte begegnet.

P. Ssotschinski: „Zur Casuistik der Knochenbrüche". (№ 42).

Ein 7-jähr. Mädchen wurde von der Walze einer Maschine erfasst und von derselben herumgedreht, sie erlitt dabei einfache Fracturen in der Mitte des linken Humerus, im oberen Drittel des linken und in der Mitte des rechten Femur, ausserdem eine klaffende bis auf den Knochen reichende c. 12 Ctm. lange Scheitelwunde und zahlreiche Erosionen und Sugillationen. Erst am 5. Tage nach dem Unfalle kam das Kind in Behandlung und genas bei antiseptischer Behandlung der Kopfwunde und Gypsverband der Fracturen.

L. Bogdanow: „Das Stadthospital in Rostow (Gouv. Jaroslaw) in den fünfziger Jahren". (№ 43).

Eine in mancher Hinsicht instructive historische Skizze.

W. Krumbmüller: „Bericht über die sanitären Verhältnisse des Kreises Wessjegonsk (Gouv. Twer) im J. 1887". (№ 43—46).

P. Wostrikow: „Zur Frage der Desinfection der Erdfussböden". (№ 45).

Auf Grund seiner Versuche empfiehlt W. zur Desinfection der Erdfussböden eine 2 p. m. Sublimatlösung + 2%-ige Salzsäurelösung, weist jedoch darauf hin, dass dabei in der Wohnung eine grosse Quantität Sublimat zurückbleiben muss, was wohl kaum ohne Einfluss auf die Gesundheit der Bewohner bleiben dürfte.

D. Nikolski: „Umrisse der Organisation der Landschaftsmedicin im Gouv. Perm (Kreis Solikamsk). (№ 47—52).

A. Sawinski: „Ueber die Bezirksregistrirungen (Familienregister)". (№ 48).

Bei dem grossen oft bis zu 20 Tausend Kranke jährlich zählenden Ambulatorium der Landschaftsärzte empfiehlt S. nach dem Vorgange von Doroschkewitsch, behufs leichterer Orientirung über etwaige frühere Krankheiten des betreffenden Pat., über die frühere Behandlung, über anderweitige analoge Erkrankungen in derselben Familie (bei Epidemien, Syphilis) u. s. w. statt der jetzt üblichen, praktisch fast werthlosen und die Aufsuchung der nöthigen Daten ungemein erschwerenden Ambulatorium-, Hospital-, Epidemie-Journale u. s. w. die allmälige Einführung von nach den einzelnen Dörfern gruppirten und alphabetisch geordneten *Familienregistern*, in welche bei jeder Erkrankung eines Familienmitgliedes sofort die nöthigen Notizen eingetragen werden. Auf eine nähere Beschreibung des Systems müssen wir wegen Raummangels verzichten und auf das Original verweisen.

A. Schimanowski: „Ein Fall von chronischer Bleiintoxication". (№ 49).

Die gesprungenen Mahlsteine einer Mühle waren mit Blei verlöthet worden und dies führte zu einer Massenerkrankung mit den classischen Intoxicationssymptomen in Folge des grossen Gehaltes an Blei in dem zur Brodbereitung benutzten Mehle.

W. Rumjanzew: „Zur Frage des Kampfes mit den Epidemien und mit der Syphilis (dem Aerzte-Conseil in Timsk und der Kursker Landschaftsversammlung vorgelegt". (№ 49—50).

J. Dementschenko: „Die Bewegung der Bevölkerung im 2. ärztlichen Bezirke des Kreises Lipowetz (Gouv. Kiew) im J. 1888". (№ 50).

M. Gerassimow: „Ueber die Volksmedicin im Kreise Tscherepowez (Gouv. Nowgorod)". (№ 52). Der Anfang des Aufsatzes in № 29.

Verf. giebt die localen im Volke gebrauchten Bezeichnungen der verschiedenen Krankheiten. J—k.

Meshdunarodnaja klinika 1889, № 7—12.

J. Werjushski: „Die klinische Medicin in Paris". (№ 10). Aufzeichnungen von einer Studienreise (zum Referat nicht geeignet).

N. S. Scheschminzew: „Magenleiden in Folge von Reizung durch das dislocirte Herz". (№ 12).

Es werden 4 Fälle mitgetheilt, in welchen die Erscheinungen eines chron. Magencatarrhs resp. einer nervösen Dyspepsie durch eine Dislocation des Herzens nach dem Epigastrium hin, und dadurch bedingte Erschütterung der Magenwand bei der Herzthätigkeit verursacht worden sein sollen. Faradisation des Epigastriums beseitigte die Dislocation und damit die Magenbeschwerden, nachdem andere Curmethoden fehlgeschlagen hatten (?).

Die mitgetheilten Krankengeschichten sind ganz ungenau und daher wenig beweisend; die chemische Function des Magens wurde nicht untersucht (!).

G. A. Swijasheninow: „Ein Fall von Rhinoplastik". (№ 12). Aus der chirurgischen Abtheilung des Marien-Hospitals.

Ausgedehnte syphilitische Zerstörung der Weichtheile und des Knochengerüstes der Nase, mit Erhaltung der Nasenspitze und der Nasenflügel. Plastik in 3 Sitzungen; guter Erfolg.

Im Uebrigen enthalten die betr. №№ Uebersetzungen und Referate. B.



Aus russischen medicinischen Gesellschaften.

Auszug aus den Sitzungsprotokollen der Kaiserlichen Kaukasischen Medicinischen Gesellschaft. Jahrg. XXV. № 12—19.

(Cfr. diese Beilage № 2, S. 8.)

S. J. Gokielow: „Bericht über die Abcommandirung in's Kuban'sche Gebiet behufs Bekämpfung der Diphtheritisepidemie". (№ 12).

N. J. Nowomarjewski: „Ueber die Maassregeln zur Vernichtung der Diphtheritisepidemie im Kuban'schen Gebiete". (№ 12).

E. E. Berblinger: „Zur Frage von dem Einflusse der hydroelectrischen Wannen auf die vitale Capacität der Lungen und die Stärke des In- und Exspiriums". (№ 12).

B. hat seine Untersuchungen im Sommer 1888 in der electrotherapeutischen Abtheilung der Mineralbäder von Abas-Tuman (Gouv. Tiflis), aus welcher auch A. N. Babajew's Dissertation: „Materialien zur Frage von dem Einflusse der hydroelectrischen Wannen auf die Sensibilität der Haut und den arteriellen Blutdruck beim Menschen", St. Petersburg 1887, hervorgegangen ist, ausgeführt und resumirt die Resultate seiner Arbeit folgendermaassen:

1) Die vitale Capacität der Lungen bei Leuten mit normalen Brustorganen steigt unter dem Einflusse galvanischer Anoden-Wannen, sinkt unter dem Einflusse monopolarer faradischer, galvanischer bipolarer und Kathoden-Wannen und wird durch bipolare faradische Wannen nicht beeinflusst; bei Leuten mit pathologischen Veränderungen der Brustorgane sinkt die vitale Capacität der Lungen unter dem Einflusse bipolarer hydroelectrischer Wannen.

2) Die Respirationsfrequenz bei pathologischen Veränderungen der Brustorgane, besonders bei Herzkrankheiten, sinkt unter dem Einflusse hydroelectrischer Wannen.

3) Bei normalen Brustorganen wird die Stärke des Inspiriums durch faradische monopolare und galvanische Kathoden-Wannen vergrössert, durch bipolare faradische und galvanische bipolare und Anoden-Wannen verkleinert.

4) Die Stärke des Exspiriums wird bei normalen Brustorganen durch galvanische Anoden-Wannen vergrössert, durch faradische monopolare verkleinert, während, wie es scheint, bipolare faradische und galvanische bipolare und Kathoden-Wannen gar keinen Einfluss auf die Stärke des Exspiriums ausüben.

5) Bei pathologischen Veränderungen der Brustorgane sinkt die Stärke des Inspiriums unter dem Einflusse bipolarer faradischer Wannen, wird aber durch bipolare galvanische Wannen, wie es scheint, nicht modificirt, während die Exspirationsstärke durch bipolare faradische Wannen vergrössert, durch bipolare galvanische verkleinert wird.

S. J. Gokielow: „Ein Fall zur Lehre von den Localisationen im Gehirne". (№ 13).

Ein 24-j. Armenier, bis dahin vollkommen gesund, hatte einen gewaltigen Stockschlag auf den Kopf erhalten und war bewusstlos hingesunken; nach einigen Stunden kehrte das Bewusstsein wieder und Pat. erbrach 2 Mal.

Stat. praesens bei Aufnahme in das Michael-Hospital in Tiflis in der Nacht nach der Verletzung: Weiche, fluctuirende handtellergrosse Geschwulst in der Gegend des Tub. parietale sin., an dessen Stelle sich bei leichtem Drucke eine trichterförmige Vertiefung herauspalpiren lässt. Ein klaffender Riss, scharfer Bruchrand oder Crepitation konnte nicht constatirt werden. Im Centrum der Geschwulst eine zolllange Wunde der Weichtheile. Ataktische Aphasie. Paresis Nn. facialis und hypoglossi dextri. Monoplegia brachialis dextra. Leichte Parese der rechten unteren Extremität. Volles Bewusstsein. Das Erbrechen wiederholte sich noch 2 Mal. Körpertemp. 38°.

Am Tage nach der Verletzung unter antiseptischen Cautelen: Nach ausgiebigem Kreuzschnitte und Abpräparirung der Weichtheile ergab sich ein Sternbruch mit 6 von der centralen Depression radiär verlaufenden Knochenrissen. Die 6 Knochenstücke und die unter denselben vorgefundene aus Blutextravasat, Gehirnhautfetzen, Partikeln der Hirnrinde und Knochensplittern bestehende formlose Masse wurde entfernt. Ausspülung mit Carbolsäure- und Sublimatlösungen. Jodoformverband.

Nach 4 Wochen waren die Aphasie und die paretischen Erscheinungen geschwunden. Nach 2 Monaten verheilte die Wunde. Der Knochendefect ist durch Bindegewebe ausgefüllt und an Stelle des Tub. parietal. sin. findet sich eine pulsirende handtellergrosse Vertiefung.

Aus den beim Kranken beobachteten Symptomen folgert G., dass hier eine Verletzung der motorischen Region der Hirnrinde und Druck auf dieselbe in einer Ausdehnung von der Mitte bis zu den unteren Partien der Centralwindungen, ebenso wie der dritten linken Stirnwindung vorgelegen habe.

W. J. Remesow: „Antifebrin als Antipyreticum bei einigen acuten Infectionskrankheiten". (№ 14).

R. hat in 18 Fällen (Typh. abdom. 6, Pneum. croup. 7, Rheumarthritis acuta 3, Phthisis pulmon. 2) eine ausschliessliche Behandlung mit Antifebrin (gr. V—XII p. dosi) systematisch durchgeführt. Collapserscheinungen kamen nicht zur Beobachtung. Bei Pneumonia croup. wurde, 15—20 Min. nach Einnehmen des Antifebrins, Cyanose im Gesichte, die bald wieder verschwand, jedoch jedenfalls zu gewisser Vorsicht in der Anwendung dieses Mittels bei Pneum. croup. auffordert, beobachtet und fand von den 7 Fällen in 5 ein stufenweiser, lytischer Temperaturabfall statt, ohne dass dadurch jedoch die Krankheitsdauer verlängert wurde.

Bei Typh. abdom. ist der Gebrauch des Antifebrins zweifellos unschädlich, steht den Wannen, dem Chinin u. s. w. als Antipyreticum nicht nach, hat eine wohlthätige Wirkung auf dass Allgemeingefühl der Kranken und ruft zuweilen Schlaf hervor. Bei acutem Gelenkrheumatismus erweist sich das Antifebrin nach R., abgesehen von seiner antipyretischen Wirkung als ein vortreffliches Specificum.

A. K. Karwezki: „Das Lazareth des 151. Pjatigorski'schen Infanterie-Regiments in Ardahan 1881—87". (№ 14).

N. Gorochowzew: „Die leichteste und wirksamste Methode der Chininbehandlung". (№ 15).

Verf. empfiehlt die jedenfalls nicht neue (von Liebermeister bei Typh. abdom., von A. Vogel bei Intermittens angewendete. Ref.) Einführung des Chinins in den Organismus per rectum, und zwar mit Eigelb verrieben.

G. W. Urasow: „Eine gelungene Unterbindung der Carotis externa". (№ 15).

Pat. hatte 2 Messerstiche erhalten, den einen am vorderen Ende der linken 12. Rippe mit handtellergrossem Vorfalle des Netzes, den anderen vor dem Tragus der linken Ohrmuschel in der Höhe des unteren Randes des Arcus zygomaticus. Am Tage nach der Verletzung wurde nach vorhergegangener Ligatur der prolabirte Theil des Netzes abgetragen, der Stumpf nach Unterbindung eines blutenden Gefässes reponirt und die Bauchwunde vernäht. Entfernung der Nähte am 9. Tage. Prima intentio.

Die Unterbindung der Carotis ext. wurde erst 3 Wochen nach der Verletzung ausgeführt, welcher eine colossale Blutung gefolgt war, die sich noch 3 Mal im Laufe dieser 3 Wochen wiederholte. Wegen grosser Schwäche des hochgradig anämischen Pat. wurde die Ligatur ohne Chloroformnarkose unternommen und zwar unterhalb des N. hypoglossus, jedoch über der Austrittsstelle der ersten, Larynx und Zungengegend versorgenden Aeste. Am 8. oder 9. Tage fiel die Ligatur aus der Wunde und Pat. begann sich allmälig von dem grossen Blutverluste zu erholen.

P. O. Sklotowski: „Einige Worte über die Infectiosität der Phthisis und ihre Behandlung". (№ 16).

Nach Skl. entwickeln sich bei deprimirtem Gemüthszustande im Organismus (oder werden aus letzterem nicht entfernt) gewisse, die Vermehrung der Koch'schen Bacillen begünstigende Producte (Leukomaïne?), und erkranken daher ceteris paribus von den der Möglichkeit der Infection gleichzeitig (z. B. bei Zusammenleben mit Phthisikern) ausgesetzten Individuen nur diejenigen, welche unter dem Drucke von Gram, Aerger oder Sorgen stehen. Autor illustrirt seine Behauptung durch mehrere Beispiele.

J. G. Kucharski: „Ein Fall vollständiger Dislocation des Herzens in die rechte Hälfte des Brustraumes in Folge von Schrumpfung der rechten Lunge". (№ 16).

L. J. Oscherowski: „Zur Casuistik der perforirenden Bauchwunden mit Vorfall der Eingeweide". (№ 16).

Ein 9-j. Knabe hatte eine etwa 3 Ctm. lange Schnittwunde in der Regio epigastrica mit Vorfall und Einklemmung des Netzes erhalten. Starke Verunreinigung der Wunde und des prolabirten Netzes. Erst am 3. Tage nach der Verletzung wurde Pat. in das Ssuchum'sche Lazareth gebracht, wo sogleich unter antiseptischen Cautelen die Reposition des Netzes und die Vernähung der Bauchwunde ausgeführt wurden. Nur am Tage nach der Operation stieg die Temp. bis 38,3. Sonst Puls und Temp. normal, Allgemeinbefinden befriedigend, kein Erbrechen. Prima intentio. Nach 2 Wochen verliess Pat. die Anstalt vollkommen gesund.

A. M. Schein-Vogel: „Myelitomeningitis s. Myelitis et Meningitis cerebrospinalis canina panzootica. Morbus Pasteuri caninus". (№ 18).

Autor verwirft die alten Bezeichnungen der Hundswuth, — Hydrophobia, Rabies canina, Lyssa, — als unrichtige und dem Wesen der Krankheit durchaus nicht entsprechende und schlägt auf Grund seiner klinischen und anatomischen Untersuchungen statt derselben die im Titel angeführten Benennungen und ausserdem das von ihm neugebildete Wort „Canosis" (von Canis) vor. Praktisch von grosser Bedeutung ist die Behauptung, dass in Tiflis und überhaupt in grossen Städten die Myelitis und Meningitis cerebrospinalis canina als eine beständige Epizootie herrscht, was jetzt leicht durch Impfungen von Kaninchen bewiesen werden kann, früher aber übersehen wurde, da ein grosser Theil der erkrankten Hunde die classischen und allgemein auch im Publicum bekannten Symptome der „Hundswuth" nicht aufweist.

J—k.



Arbeiten der Gesellschaft der Militärärzte in Moskau. 1888/89. № 3.

(Cfr. diese Beilage 1889, № 11, S. 47.)

Sitzung am 21. Februar 1889.

J. A. Issakow: „Ein Fall von syphilitischer Infection einer Familie durch die Kinderwärterin".

In der Discussion wurde der Fall nicht für bewiesen angesehen.

Globa: „Ueber einen neuen Tornister, bei dem als Stützpunct nicht der Rücken, sondern das Becken dient.

J. A. Issakow: „Beobachtungen über Albuminurie".

Verf. ist nach seinen Beobachtungen — an einer kleinen Zahl von Kranken — zur Ueberzeugung gekommen, dass die Wirkung der Milch bei Nephritis eine sehr verschiedene ist, was wahrscheinlich durch die Eigenart der Nephritis bedingt wird. Bewegung vergrössert die Albuminurie, woraus sich erklärt, dass der Eiweissverlust am Tage grösser ist als Nachts. In der Discussion wird Vortr. vorgehalten, dass die Beobachtungszeit zu kurz gewesen sei.

E. D. Kurdjumow: „Die mechanische Behandlung im Moskau'schen Militärhospital".

Verf. berichtet über die von ihm während 7 Monate geleitete mechanische Behandlung im gen. Hospital; es sind in der erwähnten Zeit 25 Kranke in 1208 Sitzungen behandelt worden; Verf. selbst hat 461 Sitzungen abgehalten; ausserdem hat Verf. 4 Fälle, bei denen der Erfolg sehr gut gewesen, zur näheren Besprechung ausgewählt. I. Neuritis multiplex chronica, II. Polyarthritis rheumat. chron., III. Synovitis genu sin. subacuta, IV. Exsudat. pleuritic. dextr.

Sitzung am 21. März 1889.

Kotowitsch: „Das physiologische Rheoskop und das Telephon".

N. W. Wolozkoi: „Ueber Veränderungen an den jetzt gebräuchlichen Tornistern". —i—

Besprechungen.

J. Port: Sanitäre Improvisationen auf dem Kriegsschauplatze (Feldärztliche Improvisationstechnik); übersetzt von N. A. Goldenberg (mit Beilagen und Erklärungen des Uebersetzers). 1889. Ausgabe der Odessaschen örtlichen Verwaltung der Russischen Gesellschaft vom Rothen Kreuz.

Verf. hat in der vorliegenden Arbeit der russischen Gesellschaft, die sich für den Krankendienst interessirt, die Schrift des rühmlichst bekannten bayerischen militärärztlichen Improvisators Dr. J. Port zugänglich gemacht, und noch mehr gethan: Auf sein Gesuch hin hat Dr. Port ihm noch zur Veröffentlichung seine neueren Arbeiten, die in deutscher Sprache noch nicht veröffentlicht sind, zugesandt und Dr. Goldenberg hat als eigene Arbeit eine Beschreibung aller der Improvisationen, die im letzten russisch-türkischen Kriege sich nützlich erwiesen, hinzugefügt. Auf diese Weise ist eine vollkommen selbständige Arbeit entstanden, die für Alle, welche sich für diesen Zweig des Feldsanitätsdienstes interessiren, Werth hat. Wir geben nur das Inhaltsverzeichniss im Allgemeinen, indem wir Demjenigen, den das Thema interessirt, es überlassen müssen, sich den vielseitigen, reichhaltigen Inhalt im Original anzusehen.

I. Improvisation des Dienstes auf den Verbandplätzen. Wahl des Verbandplatzes; Ernährung der Verwundeten; Lagerung und Betten. Aerztliche Hilfe; Sorge für die Leichtverwundeten; Besichtigung des Schlachtfeldes. Verschiedene Verbände für die verschiedenen Verwundungen.

II. *Improvisation* für den Transportdienst. Hier wird der Transport der Verwundeten durch Menschen, auf Lastthieren, zu Wagen, auf Eisenbahnen, zu Wasser, und die Selbsthilfe der Verwundeten besprochen.

III. *Improvisation des Hospitaldienstes.* Hier wird die Improvisation von Unterkunftsräumen, der Aborte, die Beleuchtung, Desinfection etc. besprochen.

Als Beilage giebt Verf. die Uebersetzung der neuesten Arbeiten des Dr. J. Port und die Resultate der Improvisation während des Krieges 1877—1878. —i—

Neumannn: Das Creolin und dessen chirurgische und therapeutische Anwendung. (Jeshenedeljnaja Gaseta 1889, № 35—38).

Nach einer ausführlichen Uebersicht der einschlägigen Literatur und der rücksichtlich der Creolinfrage bestehenden Controversen theilt Verf. die Resultate seiner eigenen, im Marienhospital und in der Privatpraxis gewonnenen Erfahrungen mit: Vor Allem wirkt das Creolin als vortreffliches *Desodorans* bei gangränösen und ulcerativen Processen ($^1/_2$—1% Lösung), Caries der Zähne, chronischem Nasenrachencatarrh (1% Lösung), Ozaena (10% Salbe), jauchenden Uteruskrebsen ($^1/_2$% Lösung, Tamponade). In einem Falle von Endometritis puerperalis mit hohen Temperaturen und übelriechender Secretion, wo Sublimatspülungen nicht angeschlagen hatten, trat nach 2-tägigen Ausspülungen mit $^1/_2$% Creolinlösung Besserung ein. Bei Phlegmonen und Abscessen wendet N. 1—2% Lösung zur Irrigation und 10% Creolinmarly zur Tamponade an; im letzteren Falle wird der Verband mindestens 3 Tage nicht gewechselt. Hierbei hat sich das Präparat als kräftiges *Antisepticum* und *Haemostaticum* bewährt, auch beschleunigt es, durch seine *granulationsbefördernde und eiterungshemmende Eigenschaft*, die Abstossung mortificirter Gewebe. Bei catarrhalischen und eitrigen Mittelohrentzündungen empfiehlt Verf. $^1/_8$—$^1/_4$% Solutionen zur Ausspülung, bei Angina und Caries dentium — Gurgelungen ($^1/_2$—1 Theelöffel einer $^1/_2$% Creolinlösung auf 1 Glas Wasser). Bei der Behandlung von Eczemen hat Verf. keine eclatanten Erfolge zu verzeichnen gehabt, auch hat sich das Mittel (in $^1/_4$% Lösung) gegen Erysipel machtlos erwiesen. Im Allgemeinen reizt das Creolin weder die Haut, noch die Schleimhäute. Bei reinen und frischen Wunden zieht Verf. die bisher gebräuchlichen und bewährten Antiseptica vor. Die Hauptvorzüge des Creolin sind die leichte, bequeme Zubereitungsweise und der geringe Preis. Als Vehikel ist jedes Wasser (ohne Destillation und Sterilisation) zu brauchen, welcher Umstand namentlich in der Kriegs- und Landpraxis von grosser Bedeutung sein dürfte; Salben etc. lassen sich leicht aus Creolin herstellen und werden Verbandstoffe gut imprägnirt. Die Gefahr zufälliger Vergiftungen ist geringer als bei der Carbolsäure. Creolin ist $3^1/_2$ Mal billiger als Phenol, dementsprechend sind auch die Präparate desselben (Salben, Verbandstoffe) mit bedeutend geringeren Kosten herzustellen. N—n.

Bücher (Broschüren, Dissertationen, Berichte). 1889.

Senez, M.: Tagebuch des Warschauer Taubstummen- und Blindeninstituts für die Lehrjahre 1886/87 und 1887/88. — Warschau.

Ssolowjew, A. S.: Zur Bacteriologie des Cervicalkanals bei Endometritiden. Diss. — St. Petersb.

Ssutugin, W. W. und Wosdwishenski, G. M.. Kurzer historischer Ueberblick über die Thätigkeit der Moskauer Gebäranstalt und medicinischer Bericht f. 1888. — Moskau.

Stazkewitsch, K. P.: Ueber den Einfluss allgemeiner kalter Douchen auf die Assimilirung der Fette und des Stickstoffes der Nahrung beim gesunden Menschen. Diss. — St. Petersb.

Storoshew, G. R.: Hydrotherapie. Lief. I. Die äusseren Methoden. — Moskau.

Stroganow, N. A.: Zur Frage der Fürsorge für die Geisteskranken im Gouvernement Smolensk. — Smolensk.

Studenski, N. J.: Die Doctordissertationen in den letzten 30 Jahren. (Rede, gehalten in der Jahresversammlung der Gesellschaft der Aerzte in Kasan). — Kasan.

Swjatlowski, W. W.: Die sanitäre Bedeutung der Fabrikation von Schminken und Farben, ebenso der Appreturfabriken. — St. Petersb.

Derselbe: Der Fabrikarbeiter. Untersuchungen über den Gesundheitszustand der russischen Fabrikarbeiter. — Warschau.

Tjashelow, D. W.: Beiträge zur Frage von dem Nährwerthe der Azibert'schen Blech-Conserven. Diss. — St. Petersb.

Troïzki, P. A.: Bericht der Abtheilung für Nervenkranke des Warschauer Ujasdow'schen Militärhospitals für 1888.

Wolkow, M. M.: Ueber die passive Beweglichkeit des Herzens unter normalen und pathologischen Bedingungen. — St. Petersb.

Woronzow, W. E., Winogradow, K. N. und Kolessnikow, N. F.: Ueber die Desinfection des Milzbrandcontagiums. Bericht über die auf Veranlassung des Veterinär-Comités veranstalteten Untersuchungen. — St. Petersb.

Zisswizki, W. L.: Beiträge zur Pharmakologie des Methylols (Methylendimethyläther). Diss. — St. Petersb.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

Lehrbuch der klin. Arzneibehandlung von Dr. F. Penzoldt. — Jena 1889. Verlag von Fischer. — Preis Mk. 6.—.

Schulgesundheitslehre von Dr. H. Eulenburg und Dr. Bach. I. und II. Lief. — Berlin 1889. Heine's Verlag.

Specielle Diagnose der inneren Krankheiten von Prof. Dr. Leube. — Leipzig 1889. Verlag von Vogel. — Preis Mk. 10.—.

Realencyclopädie der gesammten Heilkunde. Herausgegeben von Prof. Dr. Albert Eulenburg. 8. umgearbeitete und vermehrte Auflage. — Wien u. Leipzig 1889. Urban & Schwarzenberg. — Die Ausgabe findet in Heften statt. Preis 1 Mk. 50 Pf. 171.—180. Lieferung.

Realencyclopädie der gesammten Pharmacie. Herausgegeben von Prof. Dr. Geissler und Prof. Moeller. — Wien u. Leipzig. Urban & Schwarzenberg. — Preis pro Heft Mk. 1.—. 90.—105. Lieferung.

Матеріалы къ ученію о дѣйствіи нафталина на глазъ и о нафталинной катарактѣ. дисс. I. Колинскаго.—Варшава 1889.

О сравнительной смертности военнаго и гражданскаго населенія С.-Петербурга. С. П. Верекундова (отд. от. „В. С. Д.").

J. J. Rousseau's Krankengeschichte von P. J. Möbius. — Leipzig 1889. Verlag von Vogel. — Preis Mk. 4.—.

„Audiatur et altera pars!" Доктора Нейгебауера (сына).

Дозв. ценз. Спб. 27 Апрѣля 1890 г. Herausgeber Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.



UEBERSICHT
UEBER DIE
RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 4. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1890.

Wratsch № 1—11.

W. W. Podwyssozki (jun.): „Ueber die Gegenwart der Coccidien in Hühnereiern, im Zusammenhange mit der Aetiologie der Psorospermose". (№ 1).

Auf Grundlage von Beobachtungen aus seinem Sommeraufenthalte, wo er in 8—10% von Hühnereiern Coccidien gefunden, weist Vf. auf die Gefahr des Consums von Eiern in rohem Zustande hin. Die Gefahr liege darin, dass diese Parasiten als Ursache der Molluscum contagiosum anzusehen seien.

N. P. Ssimanowski: „Ueber eine epidemische, ulceröse Erkrankung der Schleimhaut des Mundes und Rachens". (№ 1, 4, 5, 7).

Verf. hat vom December 88 bis April 89 eine Epidemie ulceröser Stomatitis zugleich mit ulceröser Pharyngitis beobachtet. Er bespricht das Vorkommen derselben und giebt ein allgemeines Bild dieser Stomacace, die bis dahin nie über den Isthmus faucium gehend beobachtet wurde. In seinen Fällen waren auch die hintere Rachenwand, besonders die Gegend hinter dem Gaumensegel, und die Tonsillen mit ergriffen. (Acht Krankengeschichten erläutern dieses noch näher).

Die Aetiologie sei dunkel, mit Klauenseuche habe die Krankheit nichts gemein, die mikroskopischen Untersuchungen seien auch resultatlos geblieben. Bei der Diagnose kämen Verwechselungen mit Diphtherie, Quecksilber- und Scorbutstomatitis in Betracht, wohl kaum mit Aphten; Verwechselungen mit Pemphigus, Tuberculose, Syphilis und Lupus würden wohl nicht leicht vorkommen. Die Prognose sei im Ganzen gut. Als Therapie seien leichte Desinficientia zu empfehlen; einzelne Beobachter, wie Bohn, vindiciren dem chlorsauren Kali eine besonders günstige Wirkung.

M. J. Pokrowskaja: „Der im Wasser gelöst enthaltene Sauerstoff". (№ 1).

P. A. Walter: „Ueber die Wirkung des Labfermentes". (№ 1, 2).

Verf. hat 12 Versuche angestellt und kommt im Gegensatz zu Fick zu folgendem Schlusse:

In allen Fällen ohne Ausnahme ging die Milchgerinnung äusserst langsam und allmälig vor sich, wenn solche Bedingungen gegeben waren, dass sich das Ferment nicht mit der Milch mischen konnte, sondern nur an einer Stelle mit ihr in Berührung kam, indem es sich allmälig von dieser aus verbreitete. Sowie man beide Flüssigkeiten unter einander mischte, so gerann das ganze Milchquantum fast momentan.

G. E. Rein: „Ueber Asepsis bei Laparotomien". [Vortrag, gehalten auf dem VIII. Congress der Naturforscher und Aerzte]. (№ 2—3).

Beschreibung des aseptischen Verfahrens in seiner Klinik. Bei 60 Laparotomien (38 Ovariotomien, 4 Cystenausschälungen aus den breiten Bändern, 5 Myomotomien, 4 Salpingotomien, 2 Operationen bei Graviditas extrauterina, 3 Explorationsschnitte, 1 Hysteropesie und Salpingotomie, 1 Exstirpation eines Cystocarcinoms, 2 Secundärlaparotomien) hatte Verf. nur 1 Todesfall am 10. Tage.

Es folgt eine Besprechung der Vortheile der Asepsis und Empfehlung derselben wenigstens für das Gebiet des Bauchfelles.

A. J. Wiltschur: „Ueber den Einfluss der Grippe (Influenza) auf den Verlauf der Phthise und über das klinische Bild derselben bei Complication mit Influenza". (№ 2). S. diese Wochenschr. № 5.

B. Th. Buschujew: „Das Ichthyol bei chronischer Nephritis". (№ 2).

12 Beobachtungen. Am Schlusse seines Aufsatzes sagt Verf.: „Auf Grundlage meiner Beobachtungen kann ich mich nicht den Verehrern der innerlichen Anwendung des Ichthyols anschliessen und bin zu glauben geneigt, dass es in Wirklichkeit seinen jetzigen Ruf nicht verdiene, ebenso wenig wie einst der Schwefel."

L. Knaster: „Zur Kjeldahl-Borodin'schen Methode der Stickstoffbestimmung in organischen Verbindungen". (№ 2). Modificationen der Methode.

J. J. Maximowitsch: „Beiträge zur Differentialdiagnose einiger Formen von combinirten Herzfehlern". (№ 2, 7). 4 Beobachtungen.

S. W. Lewaschew: „Zur Diagnose der Perforationsperitonitis beim Abdominaltyphus". (№ 3).

Etwa in der Mitte der 4. Woche eines Abdominaltyphus verspürte der Pat. bei einer Bewegung, die er ausführte, einen heftigen Schmerz in der rechten Bauchgegend. Zugleich trat Uebelkeit und Erbrechen ein. Verf. constatirte 8 Stunden später an dieser Stelle nur eine hohe Schmerzhaftigkeit. Dabei war der Leib nicht aufgetrieben, die Leberdämpfung normal, das Zwerchfell beweglich, der Puls unverändert, die Temperatur nur um 0,3° C. gegen früher erhöht, das Athmen jedoch etwas rascher und oberflächlicher. Bei der Auscultation des Abdomens bemerkte Verf. ein eigenthümliches Phänomen. Ueber einer Stelle, die etwa 3—4 Ctm. unterhalb des Nabels und etwas nach rechts von seiner Verbindungslinie mit der Spina ossis ilei lag, und nur an dieser Stelle allein, hörte L. und seine Schüler „bei jedem tiefen Athemzuge, aber zuweilen auch bei gewöhnlichem Athmen, ein Geräusch, das sich scharf von dem gewöhnlich in der Bauchhöhle zu hörenden Gurren unterschied und eher an die Töne erinnerte, wenn grosse Gasblasen recht langsam, aber regelmässig in einer Flüssigkeit an die Oberfläche aufsteigen". 24 Stunden später wurde die Erscheinung noch constatirt (wie lange noch? ist nicht angegeben. Ref.).

In Combination mit den anamnestischen Daten und dem Palpationsbefunde stellte L. die Diagnose auf Perforationsperitonitis, die später durch die weiteren Erscheinungen und die Obduction constatirt wurde. (Pat. ging auf einen operativen Eingriff nicht ein).

Die Erklärung der beobachteten Erscheinung ist naheliegend. Verf. betont mit Recht, dass dieses Zeichen um so werthvoller ist, als es schon früh auftritt.

P. A. Walter: „Ueber die Verdauung des Labcaseins". (№ 3 bis 5).

Verf. resumirt seine experimentellen Beobachtungen in folgenden 5 Thesen:

1) Das Labcasein oder „Käse" löst sich in künstlichem Magensafte schwer und wird in ihm ebenso schwer peptonisirt, viel schwerer, als das Säurecasein.

2) In künstlichem Darmsafte löst sich das Labcasein viel leichter, besonders aber wird es bedeutend leichter peptonisirt und zwar fast ebenso leicht, wie das Säurecasein.

3) Das Labcasein, das man aus Kuhmilch durch Ferment vom Kälbermagen darstellte, unterschied sich weder nach seiner Zusammensetzung (Stickstoffgehalt, Wasser und Aschenbestandtheile), noch nach seiner peptonisirenden Eigenschaft gegenüber künstlichem Magen- und Darmsafte, vom Labcasein, das man aus derselben Kuhmilch mit dem Magensafte von Säuglingen gewonnen hatte.

4) Ebenso wie grosse peptonisiren auch kaum bemerkbare Milchgerinnsel desselben Labcaseins unter Einfluss von künstlichem Magensaft vollständig gleich.

5) Die Peptonisirnng des Labcaseins durch kleine HCl-Mengen (4½ Ccm. einer ¼ Normallösung auf 100 Theile Milch) bei folgender Erwärmung geht mit Erfolg vor sich; daher könnte ein ähnliches Verfahren auch praktischen Zwecken dienen.

Das gleiche Verfahren mit der äquivalenten Menge Phosphorsäure giebt ein negatives Resultat.

A. A. Panormow: „Ist es bewiesen, dass Traubenzucker ein constanter Bestandtheil des normalen Harnes ist? (№ 3).

Verf. beantwortet die Frage dahin, dass im Harne gesunder Menschen Traubenzucker kein constanter Bestandtheil ist.

Derselbe: „Ueber die Zuckerform, die sich im Magen aus dem Amylum bildet". (№ 3).

Verf. gelangt zum Schlusse, dass im Magen bei Brodfütterung nur Traubenzucker gebildet wird.

W. J. Zembinow: „Die Massage bei Entzündungen der Parotis und der Mammae". (№ 3 und 7).

Es ist eigentlich keine Massage, die Verf. empfiehlt, sondern eine Art Ausdrücken des Eiters aus den Gängen. Die Resultate sind auch nichts weniger, als glänzend.

(Jedenfalls ist vor dieser oder überhaupt einer Massage der entzündeten Drüsen sehr eindringlich zu warnen. Ref.).

A. J. Ossendowski: „Zur Behandlung der Lungen- und Kehlkopfphthise mit Menthol". (№ 3). Vorläufige Mittheilung.

Verf. hatte sehr günstige Resultate bei innerlicher und localer Mentholbehandlung. Auch der Darmtractus vertrug das Mittel gut. Die näheren Details werden nächstens veröffentlicht.

N. A. Obolonski: „Die Identitätsbestimmung nach der Bertillon'schen Methode". (№ 4).

Verf. beschreibt diese und plaidirt für Einrichtung anthropometrischer Polizeibureaus in Russland.

L. W. Orlow: „Zur Aetiologie der den Abdominaltyphus complicirenden Eiterungen". [Ueber die pyogene Eigenschaft der Abdominaltyphusbacillen]. (№ 4—6).

Verf. resumirt seine Arbeit folgendermaassen:

1) Die Injection von Abdominaltyphusculturen in verschiedenartige Gewebe (in Gelenke, unter das Periost, in Muskeln, unter die Haut) ruft entzündliche, rundzellige Infiltration und Eiterung hervor.

2) Eben solche Veränderungen, nur weniger intensiv, werden hervorgerufen bei Injection sterilisirter Abdominaltyphusculturen. Woraus folgt, dass

3) die phlogogenen und pyogenen Eigenschaften der Abdominaltyphusculturen — wenigstens in hohem Grade — von den chemischen Körpern abhängen, die sich in den Culturen in Folge der Lebensthätigkeit der Abdominaltyphusbacillen bilden.

4) Die Eiterungen, die den Abdominaltyphus oder die Reconvalescenzperiode nach demselben compliciren, hängen aller Wahrscheinlichkeit nach, sowie der Eiter ausschliesslich Abdominaltyphusbacillen enthält, eben von den letzteren ab, und nicht von einer Mischinfection mit Abdominaltyphus- und pyogenen Mikroorganismen.

A. P. Woskressenski: „Ueber die Grösse der Carbolsäuredosen bei Behandlung der sibirischen Pest". (№ 4).

Verf. empfiehlt um die Pustel und in deren Umgebung Injectionen einer $2^1/_2\%$-igen Carbolsäurelösung bis zur Totalsumme von 12 Gran pro die und dabei innerlich in einer Mixtur (gr. IV bis VIII : ℥ 6—8 Aq. Menthae) bis zu 8 Gran täglich (!). In 16 Fällen guter Erfolg und keine Nebenwirkungen seitens der Carbolsäure (?).

W. W. Swjatlowski: „Die Ultramarinfabrikation in sanitärer Beziehung". (№ 4).

Verf. beschreibt die Ultramarinfabrikation und was er auf der Ultramarinfabrik in Warschau gesehen. — Dabei constatirt er, dass er seitens der Arbeiter nie Klagen über Schwere oder Schädlichkeit ihrer Arbeit zu hören bekommen habe. Ein eigenthümliches Factum ist zu notiren, dass nämlich die Fabrik in der Influenzaepidemie verschont geblieben ist, — die wahrscheinliche Folge der Schwefelsäuredämpfe, die weit um die Fabrik herum bemerkbar sind.

S. D. Kostjurin: „Zur Frage nach dem Einflusse der subcutanen Injectionen Brown-Séquard'scher Flüssigkeit auf Personen mittleren Lebensalters und Greise und auf den Verlauf von Krankheiten des Centralnervensystems". (№ 5, 10).

Verf. beschreibt die an Menschen (und auch an Thieren) beobachteten Veränderungen nach Verlust der Hoden, weist weiter auf die Heilversuche früherer Zeit hin und geht auf den Brown-Séquard'schen Vorschlag des Näheren ein.

Es folgen die Literatur der Frage und darauf die eigenen Beobachtungen, 7 an der Zahl (6 Männer von 23—63 und 1 Frau von 65 Jahren). Gute Resultate, besonders bei einem Tabetiker, dessen Autogramme aus verschiedenen Stadien bis zur schliesslichen Besserung beigelegt sind.

J. E. Janson: „Die Mortalität in St. Petersburg für das Jahr 1889. Der Einfluss der Influenzaepidemie auf die Mortalität im Herbste". (№ 9, 10).

M. G. Bywalkewitsch: „Zur Behandlung der Phthise mit Einathmungen erhitzter Luft nach der Weigert'schen Methode". (№ 10).

Verf. spricht sich nach seinen Beobachtungen mit gewissem Vorbehalte zu Gunsten der Methode aus.

L. O. Darkschewitsch: „Ueber die Faserkreuzung der Nervi optici". (№ 5, 6).

W. W. Pipjakow: „Zur Therapie des Krebses der Cervicalportion des Uterus". (№ 5).

Verf. plaidirt in diesen Fällen nach dem Beispiele der deutschen Operateure für ein radicales Verfahren, die Exstirpation des ganzen Uterus.

Th. J. Pasternazki: „Zur Frage des weiteren Schicksals der Spirochaeten im Blute Recurrenskranker". (№ 6—8). Vorläufige Mittheilung.

E. Bernazki: „Das Strychnin als Hirnmittel". (№ 6, 8).

Das Endresultat der Untersuchungen des Verf.'s ist in folgenden 4 Sätzen zusammengestellt:

1) Das Strychnin ist ein Mittel, das auf das Gehirn einwirkt, da bei seiner subcutanen Anwendung, ebenso wie bei directer Einwirkung auf die graue Hirnrinde zuweilen Herabsetzung der Erregbarkeit der psychomotorischen Sphäre beobachtet wird.

2) Zweifelhaft ist es, ob das Strychnin eine directe Wirkung auf die graue Substanz der Hemisphären besitzt; die Herabsetzung der Erregbarkeit der Psychomotoren wird aller Wahrscheinlichkeit nach durch die Reizung des Rückenmarkes oder auch anderer Theile des Centralnervensystems bedingt.

3) Den günstigen Einfluss des Strychnins bei chronischem Alkoholismus, Epilepsie und Schlaflosigkeit muss man seiner Fähigkeit, die graue Hirnrinde zu ermüden, zuschreiben.

4) Es wäre am Platze, die Strychninwirkung bei allen Reizzuständen des psychomotorischen Gebietes, besonders bei Manie, zu prüfen.

N. N. Russanow: „Aus der Landschaftspraxis: I. Ungewöhnlich grosse Gallensteine. II. Zur Casuistik der Bauchfellverletzungen bei Epicystotomie". (№ 6, 7).

Casuistische Beiträge.

M. Fränkel: „Ueber die Bestimmung der freien Salzsäure im Magensafte". (№ 6).

Verf. schlägt eine Modification des Sjöskvist'schen Verfahrens vor.

Th. J. Lominski: „Ueber den Parasitismus einiger pathogener Mikrobien auf lebenden Pflanzen". (№ 6). Vorläufige Mittheilung.

In seinen 300 Versuchen untersuchte Verf. den Uebergang und das Fortkommen einiger pathogener Mikroorganismen in lebendes pflanzliches Gewebe. Im Ganzen positive Resultate, die Verf. in 24 Thesen niedergelegt hat.

N. Tischutkin: „Ein vereinfachtes Verfahren der Zubereitung von Fleischpeptonagar". (№ 8).

W. S. Grusdew: „Vergleichende Beobachtungen über den Einfluss reichlichen und mässigen Wassertrinkens auf den Stickstoffumsatz, die Assimilation der stickstoffhaltigen Bestandtheile der Nahrung, den Blutdruck und den Haut-Lungenverlust bei acut fiebernden Kranken". (№ 7—9).

Verf. resumirt seine werthvollen Beobachtungen in dem Satze: „Reichliches Trinken, sowohl heissen wie kalten Wassers, in fieberhaften Krankheiten steigert den Stickstoffumsatz, hebt ihn quantitativ, verbessert sichtlich die Assimilation stickstoffhaltiger Bestandtheile der Nahrung, erhöht den arteriellen Blutdruck und vergrössert den Haut-Lungenverlust".

M. N. Panow: „Zur Frage vom Einflusse des schwefelsauren Atropins auf die Salzsäuresecretion des Magensaftes". (№ 7).

Aus seinen 4 Versuchen glaubt Verf. schliessen zu dürfen, dass Dosen von $^1/_{200}$—$^1/_{50}$ Gran ($^1/_2$ Stunde vor dem Essen) bei Gesunden hemmend auf die Secretion wirken, bei Kranken mit Magen- und Darmcatarrh diese Hemmungswirkung dagegen nicht aufzutreten scheine.

A. G. Borjakowski: „Intrauterine Spritzenansätze neuer Construction". (№ 8).

Dieselben sind hergestellt, um den Anforderungen bezüglich Haltbarkeit und Reinlichkeit mehr Genüge zu leisten, als bisher geschehen. 2 Abbildungen sind beigegeben.

P. Pawlow: „Das Stickstoffgleichgewicht in der submaxillaren Speicheldrüse". Beiträge zur Lehre von der Regeneration der functionirenden Drüsensubstanz. (№ 7, 9 und 10).

A. E. Schtscherbak: „Zur Frage der antiseptischen Wirkung des Bromgoldes". (№ 9).

S. S. Grusdew: „Zur Frage von dem Einflusse des russischen Bades auf die Assimilation und den Umsatz von Calcium, Magnesium, Kalium, Natrium und Eisen bei gesunden Menschen". (№ 9). Vorläufige Mittheilung.

A. A. Krassin: „Zur Frage von der Infectiosität des Favus". (№ 9).

Dieselbe ist nach Verf. nicht bedeutend.

D. J. Wjerjushski: „Blutuntersuchungen Scorbutischer auf Mikroorganismen". (№ 9 sq.).

W. W. Ssutugin: „Die Behandlung des mit Schwangerschaft und Geburt complicirten Uteruskrebses". (№ 10, 11).

Zwei eigene Fälle von Porro'scher Operation bei Cervicalkrebs mit gutem Erfolge.

Aus seinen Erörterungen über diese Frage zieht Verf. folgende Schlussfolgerungen.

1) Möglichst frühzeitig ist der Uterus sammt der Frucht zu entfernen, wenn die Bedingungen für eine erfolgreiche Uterusexstirpation (begrenzte Erkrankung des Uterus, Beweglichkeit desselben etc.) vorhanden sind und die Schwangerschaft nicht über $4^1/_2$ Monate alt ist.

2) Bei Schwangerschaft von $4^1/_2$ Monaten und mehr und bei vorhandener Möglichkeit einer vollständigen Entfernung des Neoplasma, wenn nur keine deutlichen Anzeichen eines Gewebszerfalles vorhanden sind, ist die Unterbrechung der Schwangerschaft, darauf die Exstirpation des Uterus indicirt. Bei deutlichen Zeichen des Zerfalles im Neoplasma muss in dieser Periode der Schwangerschaft der Uterus nach der Freund'schen, von Zweifel modificirten Methode (Laparotomie, supravaginalen Uterusamputation mit Schlauchligatur, Naht der Bauchwunde und Exstirpation des Cervicalrestes per vaginam exstirpirt werden.

3) Bei bestehender Unmöglichkeit alles Krebsige zu entfernen — gegen Ende der Schwangerschaft und besonders bei beginnender Geburt — muss die Porro'sche Operation bei lebender, wie todter Frucht, jedoch nur mit extraabdomineller Fixation des Cervix ausgeführt werden. Die Behandlung des Krebses muss sich dabei auf Palliativmittel beschränken (antimycotische Injectionen, Tamponade mit Jodoformmarly etc.).

4) Während der Geburt, bei circumscripter Affection nur einer Lippe und bestehender Möglichkeit einer Cervixdehnung ist die Auslöffelung oder Excision des Neoplasma, strenge Antimycose des Operationsfeldes und Beendigung der Geburt bei lebender Frucht entweder durch Wendung und Extraction oder Extraction



mit der Zange, bei todter — durch Perforation und Extraction mit dem Kranioklast indicirt. Wenn im Verlaufe der Geburt die Cervix sich nicht erweitert, so ist bei partieller Affection derselben der Kaiserschnitt der Perforation des lebenden Kindes vorzuziehen.

5) Bei Krebs der Vagina, zumal wenn nur unbedeutende Knötchen, die noch eine genügende Dehnbarkeit der Scheide zulassen, vorhanden, kann man sich mit einer Auslöffelung des Neugebildes und strenger Antimycose der Geschlechtswege begnügen.

J. J. Fomin: „Ueber die Hauttransplantation nach Thiersch". (№ 11).

8 Fälle mit gutem Resultate.

W. N. Koslow: „Ein Fall von bösartiger Neubildung (Sarcom) beider Testikel mit Einschlüpfen des einen in die Bauchhöhle". (№ 10).

Der Titel sagt alles Wesentliche.

S. Protopopow: „Ein Fall von periodischem nervösem Erbrechen". (№ 11). N.

Medizinskeje Obosrenije № 3.

G. Sachs: „Ein Fall von hämorrhagischer, mit Incision behandelter Periorchitis".

48-jähr. Bauer erhielt 5 Jahre vor der Operation einen Schlag auf den rechten Hodensack, worauf dieser etwas anschwoll; vor 3 Monaten bekam er auf die erkrankte Stelle einen Hufschlag, worauf die Geschwulst der Art wuchs, dass sie von oben nach unten an der Vorderfläche 30 und 52 Ctm. im Umfange maass. Eine Probepunction entleerte mehr als 1 ℔ einer blutigen, an der Luft nicht gerinnenden, trüben, schmutzigbraunen Flüssigkeit, 7 Tage darauf machte Verf. mit sehr gutem Erfolge die Radicaloperation.

O. Hagen-Torn: „Ueber Puls und Gefässfüllung bei Aortenstenose".

Verf. führt Eingangs seiner Mittheilung die Ansichten Oppolzer's (Spec. Pathol. und Ther. I, S. 241), Rosenstein's (Ziemssen's Handb. VI, S. 131) und Eichhorst's (Spec. Pathol. und Therap. I, S. 135) an, welche alle 3 darin übereinstimmen, dass in der Zeiteinheit weniger Blut durch das verengerte Ostium aus dem Herzen in die Aorta übertritt und dass der Puls dabei rarus, parvus, tardus und durus sei, in der Erklärung dieser Pulseigenthümlichkeiten aber verschiedener Meinung sind; Rosenstein findet sogar die Aorta und die Arterien abnorm verengt, Eichhorst führt die Härte des Pulses auf die Herzhypertrophie zurück, den Zusammenhang beider Erscheinungen aber bespricht er nicht. Auf 2 von ihm beobachtete Fälle gestützt, versucht H. diese Frage zu lösen. Hier waren die Radiales und Temporales sehr deutlich ausgeprägt, ohne Verdickung ihrer Wände und ohne sichtbare Pulsation, schwer zu comprimiren, sanken nach Durchgang der Blutwelle nicht zusammen, die Erhebung der letzteren war deutlich, aber gering, die Herzdämpfung nur im 2. Falle kurz vor dem Tode vergrössert. Die in der Zeiteinheit durchgetriebene Blutmenge sei wegen der compensatorischen Hypertrophie des linken Ventrikels ganz oder fast normal. Verf. führt die Ueberfüllung der Arterien bei Aortenstenose auf Verlust der Elasticität der Gefässwandungen zurück, welche das Blut nur langsam weiter befördern können und deshalb sich immer mehr ausdehnen, die Härte des Pulses schreibt er den starken Herzcontractionen, der herabgesetzten Elasticität und der Ueberfüllung der Gefässe, aber nicht der Hypertrophie zu, der Puls sei klein wegen Herzschwäche. Verf. betont das frühe Auftreten stenocardischer Beschwerden und cardialen Asthma's, meint, dass die erwähnten Pulsveränderungen nur in reinen Fällen von Aortenstenose vorkämen und dass eine solche Gefässüberfüllung mit derartigen Pulsveränderungen für Aortenstenose pathognomisch sei.

L. Zwirko: „Ein Fall von Aneurysma der Aorta descendens".

70-jähr. verabschiedeter Soldat mit vergrösserter Herzdämpfung, anstatt des 2. Aortentones Geräusch, am Rücken zwischen Schulterblatt und Wirbelsäule eine grosse, pulsirende, 6" lange, 3" breite, 2" über der Oberfläche des Rückens hervorragende Geschwulst, die Haut über ihr glatt und gespannt, an ihren Rändern fühlt man die durchbrochenen Rippen und einen Defect am inneren Schulterblattrande durch, die Pulsationen in der Geschwulst sind mit denjenigen des Herzens isochron, der Puls an der Radialis entspricht den Herzcontractionen, der Puls an der Femoralis bleibt aber zurück; leichtes Oedem der Füsse.

A. Newski: „Erfolgreiche Anwendung des Paraldehyds bei Tetanus".

21-jähriger Bauer bemerkte 21 Tage, nachdem er sich eine Wunde am rechten Fusse zugezogen und dieselbe arg vernachlässigt hatte, zuerst Trismus; 5 Tage darauf ausgesprochener Tetanus. Injectionen von Morphium und 4,0 G. Chloralhydrat linderten weder die Schlaflosigkeit, noch die immer stärker werdenden Krämpfe, welche erst nach 12 Tagen aufhörten, nachdem gegen 110,0 G. Paraldehyd verbraucht waren und ein Sequester aus der Wunde entfernt worden war. Cf. Ignatjew: Med. Obsr. № 21, 1889. Hz.

Medizina № 1—27.

A. W. Jacobson: „Zur Therapie der membranösen Stricturen in regione subglottica". (№ 1).

Ausführliche Beschreibung eines Falles von membranöser Narbenstrictur des Kehlkopfes.

A. Schiltow: „Ueber den Einfluss der Erwärmung des Körpers auf die Respiration". (№ 2).

Um die Veränderungen der Respiration unter dem Einflusse erhöhter Körpertemperatur zu studiren, hat Verf. einige Experimente angestellt. In einer Reihe von Versuchen (10) wurde die freigelegte Arteria carotis, in anderen (3) die ganze Körperoberfläche des Versuchsthieres erwärmt; dabei war in 7 Fällen eine vollständige, in 6 Fällen keine Anaesthesie durch Chloroform oder Morphium herbeigeführt worden. Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: Sowohl bei unmittelbarer Erwärmung des Blutes, als auch bei Erwärmung der ganzen Körperoberfläche wird eine vermehrte Respirationsfrequenz beobachtet, welche vorwiegend durch Beeinflussung der peripheren Nervenapparate hervorgerufen wird.

J. K. Starschalko und E. M. Eliasberg: „Einiges über Blutungen Schwangerer". (№ 3).

Verff. unterscheiden 3 Arten von Blutungen während der Schwangerschaft: 1) Menstruation, 2) Blutungen in Folge von Erkrankungen des Endometriums. Solche Blutungen in der ersten Hälfte der Schwangerschaft bilden meist das Prodromalstadium eines Abortes und sehen Verff. daher in denselben eine Indication zur Einleitung der Frühgeburt, falls nach mehrwöchentlicher Ruhe durch einige therapeutische Mittel keine Sistirung der Blutung erzielt werden kann. 3) Blutungen, welche in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft auftreten und fast ausschliesslich durch anormalen Sitz der Placenta bedingt sind. Bei den späten Blutungen ist das rationellste Mittel eine künstliche Erweiterung des Muttermundes mit nachfolgender Wendung nach Braxton-Hiks (bei Mehrgebärenden) oder Entfernung der Frucht auf andere Weise (Kraniotomie, hohe Zange etc.) bei Erstgebärenden. Zur Illustration werden einige Krankengeschichten angeführt.

J. Talko-Grinzewitsch: „Ein Fall von Ruptura uteri et vaginae". (№ 9).

Nach kurzer Erörterung begünstigender Momente für eine Uterusruptur und cursorischer Aufzählung einiger Fälle aus der Literatur, geht Verf. zur Schilderung seines Falles über. Aus uns nicht ganz verständlichen Gründen hält Verf. die Ruptur für eine spontan erfolgte und nicht durch mechanische Kräfte (Wendung) hervorgerufene.

M. B. Scher: „Kumyssbehandlung in Schabo während dreier Saisons".

Einer kurzen Schilderung der Kumyssbehandlung im Süden und des Kumysses im Allgemeinen folgt eine sehr ausführliche Beschreibung der Zubereitung des Kumysses in Schabo. Hieran schliesst sich ein Bericht über die im Laufe von 3 Jahren bei 272 Patienten erzielten Resultate. Auf Details kann hier nicht eingegangen werden, erwähnen wollen wir nur, dass S. bei Tuberculösen (204) 10 % Heilung, 37 % Besserung zu verzeichnen hat.

T. A. Belawin: „Woher stammt die Rhachitis? (№ 12).

Auf das Dunkel in der Lehre von der Entstehung und bedeutenden Verbreitung der Rhachitis hinweisend, berichtet Verf. über einen Fall, wo der Vater zur Zeit der Zeugung an einer chronischen Urethritis gelitten und spricht die Vermuthung aus, dass Gonorrhoe der Eltern die Ursache der Rhachitis sei. Von diesem Gesichtspuncte aus glaubt Verf. verschiedene bis jetzt noch unverständliche Momente in der Aetiologie und Verbreitung der Rhachitis erklären zu können.

N. Th. Golubow: „Ueber alterirende Behandlungsmethoden, Steppenkumyss als Remedium alterans; Nachwirkung bei Kumyssbehandlung". (№ 15).

Einige einleitende Bemerkungen über alterirende Behandlungsmethoden im Allgemeinen vorausschickend, sucht Verf. eine Erklärung für die Wirkung des Kumyss als Stoffwechselcur zu geben. Nach G. müssen die Zellen bei der Umwandlung des, durch reichlichere Zufuhr vermehrten, circulirenden Eiweisses in organisches eine energischere Thätigkeit entfalten. Die in Folge einer solchen „Uebung" erstarkten Zellen bedürfen zur Erhaltung ihrer gesteigerten Functionen immer mehr Nährmaterial, was schliesslich zu der bekannten enormen Steigerung des Appetits führt, welche bei der Kumyssbehandlung in Steppen beobachtet wird.

A. Schiltow: „Moderne Ansichten über Pathologie und Therapie innerer Krankheiten". [Antrittsvorlesung]. (№ 15, 16).

Nichts Neues.

A. N. Filippow: „Ueber Grippe-Pneumonien im Kindesalter". (№ 17).

Dem klinischen Verlaufe nach unterscheidet Verf. 2 Arten von Pneumonien: 1) Pneumonien, die der croupösen analog verlaufen, nur mit dem Unterschiede, dass der pneumonische Herd im Centrum entstehend in den ersten Tagen keine charakteristischen auscultatorischen und percutorischen Veränderungen darbietet. 2) Kriechende Pneumonien mit ziemlich unregelmässigem Ver-



halten der Temperatur, des Pulses und der Auscultationserscheinungen. Details sind im Originale nachzulesen.

D. W. Leschtschinski: „Ueber die Behandlung der Diphtheritis mit Dampf". (№ 18).

L. empfiehlt auf's Wärmste die Behandlung der Diphtheritis mit strömendem Dampfe (ähnlich wie sie von Brunner, conf. diese Wochenschrift № 6 1890, angewandt worden), combinirt mit Gurgelungen von Borsäure und Kali chloric. ää, sowie Pinselungen mit Sublimat 1 : 1000.

J. A. Issakow: „Resultate der ambulatorischen Behandlung später Formen der Syphilis mit subcutanen Sublimatinjectionen". (№ 19).

Casuistischer Beitrag.

J. Ognew: „Bemerkungen über das Neurokeratin in der Retina und dem Gehirn". (№ 20).

Verf. hat im Laboratorium Prof. Babuchin's Versuche angestellt, welche die von ihm schon früher veröffentlichten Resultate bestätigen, dass nämlich diejenige Schicht der Retina, welche nach Untersuchungen von Kühne, Retzius und Ewald fast nur aus Neurokeratin besteht, sich mit grosser Leichtigkeit in künstlichem Magensafte löst, folglich auch nicht aus Neurokeratin bestehen kann.

L. Berberow: „Schwellung und Hypertrophie der unteren Nasenmuscheln als Ursache von Asthma cardiacum und Pseudocroup". (№ 27).

Casuistischer Beitrag.

Ausserdem enthalten die Nummern noch einige Uebersetzungen aus deutschen und französischen Fachblättern. —bb—

Westnik obschtschestwennoi gigieny, ssudebnoj i praktitscheskoi mediziny № 1 und 2.

P. O. Ssmolenski: „Die Lumpenindustrie in sanitärer Beziehung". (№ 1 u. 2.)

Nachdem S. im ersten Abschnitt seiner Arbeit die Verwendung von Lumpen in gewissen Fabrikzweigen (Fabrikation von Papier, künstlicher Wolle, Blutlaugensalz) sowie die Arten des Lumpensammelns und die Ausdehnung des Lumpenhandels einer Besprechung unterzogen, stellt er im zweiten Abschnitte das in der Literatur vorhandene Material zusammen, welches als Beweis für die Verbreitung von Infectionskrankheiten durch Lumpen dient.

Der dritte Abschnitt behandelt ausführlich die Frage von der Desinfection der Lumpen. Es werden die Einwände widerlegt, welche von Seiten der Industriellen gegen die Desinfection erhoben worden sind, darauf die zur Unschädlichmachung der Lumpen erforderlichen sanitären Maassnahmen kritisch beleuchtet, und schliesslich die Gesetzesbestimmungen über Lumpendesinfection, wie sie in den verschiedenen Ländern getroffen sind, mitgetheilt.

K. K. Tolstoi: „Abriss des gegenwärtigen Standes der Medicin in England". (№ 1.)

T. schildert in klarer, anschaulicher Weise die historische Entwickelung und den gegenwärtigen Stand der durchaus eigenartigen medicinischen Verhältnisse in England. Den Kernpunct der Abhandlung bildet eine ausführliche Darstellung des Bildungsganges, welcher dem angehenden Arzte in England vorgeschrieben resp. geboten wird, sowie der verschiedenen medicinischen Bildungsstufen, welche er auf diesem Gange erreichen kann.

W. D. Orlow: „Zur Frage vom hygienischen Werthe der Holzarten, welche in Mittel-Russland zum Bau verwendet werden". (№ 2.)

Verf. bietet in seiner Abhandlung zunächst eine sorgfältige Zusammenstellung alles dessen, was er in der einschlägigen Literatur für den Hygieniker Wichtiges über die botanischen und physikalischen Eigenschaften des Bauholzes gefunden hat. Diese Zusammenstellung ist um so dankenswerther als ein Theil der citirten Arbeiten für die Mehrzahl der Aerzte nur schwer im Original zu erlangen ist.

Hieran schliesst Verf. die Mittheilung einer Reihe von ihm selbst ausgeführter Experimente, zu denen er Holz von Birke, Ahorn, Eiche, Kiefer, Espe, Fichte, Ulme und Linde verwendet hat. Unter Beigabe zahlreicher Tabellen werden folgende Fragen behandelt:

a) Künstliche Trocknung der Hölzer; Vermehrung und Verringerung ihres Gewichtes in Zimmerluft und im Freien.

b) Durchtränkung der Hölzer mit Wasser und darauf folgende Trocknung.

c) Capillare Durchlässigkeit der Hölzer für Wasser in senkrechter Richtung zum Faserverlauf.

d) Durchgängigkeit der Holzarten für Luft.

Einzelheiten sind im Originale nachzulesen. Von den allgemeinen Schlüssen, zu denen Verf. gekommen ist, seien nachstehende hervorgehoben:

2) Das Holzmaterial, welches in den mittleren Breiten Russlands zum Bau verwendet wird, erscheint hygroskopisch und als schlechter Wärmeleiter; die natürliche Ventilation muss durch dasselbe ungemein schlecht zu Stande kommen.

3) Als vollkommen lufttrocken muss ein Holzmaterial anerkannt werden, welches 7—10 % hygrosk. Wassers enthält; zu Bauzwecken kann jedoch noch ein Material mit 15—20 % Wassergehalt zugelassen werden.

4) Der mittlere Wassergehalt des Holzes unterliegt bedeutenden Schwankungen, je nach den Bedingungen, unter denen der Baum aufgewachsen ist (Boden, Klima etc.).

5) Als bestes Bauholz muss für die mittleren Breiten Russlands das Nadelholz (Kiefer und Fichte) anerkannt werden. Eichenholz kann mit Nutzen zu den tiefsten Theilen des Hauses verwendet werden, was in praxi auch geschieht.

6) Das beste Baumaterial ist auf trockenem Boden gewachsenes *geflösstes* Nadelholz, welches vom Wasser genügend ausgelaugt und darauf mindestens 1 Jahr lang getrocknet worden ist. Durch das Flössen verliert sehr wahrscheinlich die Zeit der Fällung ihre Bedeutung.

9) Holzhäuser müssen vor dem Einzuge von Bewohnern genügend getrocknet werden, da ungenügend getrocknetes Holz besonders in der ersten Zeit bedeutende Mengen von Wasser ausdünstet. Das Trocknen geschieht am besten durch gleichzeitiges Heizen und Lüften. Aus demselben Grunde dürfen Holzwände nicht zu früh mit Stuck beworfen werden.

A. J. Taranezki: „Der Tod des Hauptmanns Gishden (Mord oder Selbstmord?)". (№ 1.)

Der räthselhafte Tod des Hauptmanns G. hat bereits eine Reihe von Publicationen veranlasst, weil der Beantwortung der Schuldfrage gewisse Schwierigkeiten im Wege stehen. T. vertritt die Ansicht, dass es sich um einen Mord handelt, indem er sich dabei sowohl auf die im Medicinalrath befindlichen Acten als auch auf eine Reihe eigener Experimente stützt. Er polemisirt dabei hauptsächlich gegen die Prff. Liman (Berlin) und Erhardt (Kiew) und gegen eine Anzahl Odessaer Aerzte, welche bei der ersten Verhandlung in dieser Sache als Experten fungirt haben.

A. J. Smirnow: „Beantwortung der gerichtsärztlichen Fragen bezüglich des gewaltsamen Todes des Hauptmanns Gishden". (№ 2.)

S. kommt zu demselben Resultat wie Prof. Taranezki (s. o.), obwohl ihm nicht das Actenmaterial, sondern nur der Bericht zu Gebote steht, welcher Prf. Erhardt bei seinem Gutachten vorgelegen hat und der, wie T. nachgewiesen, an Ungenauigkeiten und tendenziöser Färbung leidet.

D. Kossorotow: „Multiple Verletzungen. Brüche der Beckenknochen". (№ 2.)

Casuistische gerichtsärztliche Mittheilung. Wl.

Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku № 1—4.

P. N. Cholshewnikow: „Bericht aus dem anatomischen Theater des Kronstädter Marinehospitals pro 1888". (№ 12, 1889 und № 1, 1890.)

L. K. Pawlowski: „Zur Casuistik der interstitiellen Nephritis". (№ 1.)

Ausführliche Beschreibung eines vom Verf. im Ssewastopoler Marinehospital beobachteten Falles.

D. D. Kusnezow: „Die Desinfection der Excremente mit Salzsäure und Schwefelsäure". (№ 1.)

Verf. hat im bacteriologischen Laboratorium des Kronstädter Marinehospitals mehrere Versuche angestellt, um das Minimum von wasserfreier Säure zu finden, welches noch die Fähigkeit besitzt in 2—6 Stunden Infectionskeime in den Excrementen zu tödten. Die Resultate sind folgende: In flüssigen oder verdünnten Excrementen genügt ein 0,8—1 % Gehalt an wasserfreier Salzsäure, um alle Keime im Laufe der ersten 2 Stunden zu tödten. Mit Schwefelsäure wurde bei 0,6 % Gehalt an wasserfreier Säure dasselbe Resultat in 6 Stunden erzielt. Nach K. müssen 1000 Ccm. sorgfältig verdünnter Excremente 40 Ccm. känflicher Salzsäure oder 9 Ccm. Acid. sulfuric. crud. hinzugefügt werden, um dieselben nach sorgfältiger Umrührung in 2—6 Stunden vollständig zu desinficiren.

M. O. Charten: „Ein Fall von Ligatur der Art. femoralis wegen eines Aneurysma". (№ 1.)

N. F. Bogoljubow: „Das Kriegsschiff „Peter der Grosse" in sanitärer Beziehung". (№ 1—2.)

E. E. Schmidt: „Beobachtungen aus der ophthalmologischen Abtheilung des Marinehospitals zu Nikolajew". (№ 2.)

1. „Ueber Keratitis punctata". Beschreibung zweier Fälle, welche selbständig, ohne Betheiligung des Uvealtractus und der Membrana descemetii verliefen. 2. „Zur Casuistik der intraoculären Neubildungen". S. fand einen knöchernen Tumor von Erbsengrösse, welcher sich in der Netzhaut um einen Eisensplitter herum gebildet hatte.

M. M. Maratschewski: „Sanitätsbericht des Flaggmannarztes der Lehrescadre der Schwarzmeerflotte während der Campagne 1889". (№ 3.)

L. K. Pawlowski: „Die Reise des Kanonenbootes „Kubanez" im Jahre 1889". (№ 3.)

UEBERSICHT
UEBER DIE
RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 5. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1890.

Medizinskoje Obosrenije № 4—5.

W. Koslow: „Ein Fall von traumatischer Lähmung der Harnblase und des Rectums mit Anästhesie der Haut an Genitalien, Damm, Gesäss und hinterer Fläche der Oberschenkel". (№ 4). Aus der dermatolog. und syphilid. Klinik des Prof. Gay in Kasan.

Ein 21-jähriger Bauer fällt am 27. December 1887 aus der Höhe von etwa 2 Faden auf das, einen Brunnen umgebende Eis, muss von den Gefährten, weil er nicht gehen kann, nach Hause getragen werden, 3 Tage darauf kann er den Harn nicht halten. An dem Orte der Beschädigung bildete sich ein Abscess, aus welchem sich später einige kleine Knochenstücke entleerten, die Eiterung hielt etwa 2 Wochen an, die an der Stelle des Trauma vorhandene Wunde reinigte sich etwas, verheilte aber nicht. Bei der am 28. December 1888 erfolgten Aufnahme in die Klinik ergab sich folgender *Status praesens:* Gut gebauter und ernährter Mann, sonst gesund, zeigt Plaques muqueuses an Eichel, Vorhaut und Hodensack und Verlust der tactilen, thermischen, Schmerz- und Druckempfindlichkeit an den, in der Ueberschrift bezeichneten Stellen. Die Anästhesie beginnt 0,5 Ctm. oberhalb der Peniswurzel, betrifft das ganze Glied, Vorhaut, Hodensack und Harnröhre, während die Hoden druckempfindlich sind; hinten fängt sie beim oberen Ende der Gesässfalte an, umfasst die zwei unteren Drittel des Gesässes, die Umgebung des Anus und diesen selbst; die Beckenknochen bei der Untersuchung per anum erwiesen sich als nicht schmerzhaft; die hintere Fläche der Oberschenkel und 2½ Ctm. unterhalb der Kniebeugen sind gleichfalls anästhetisch, an diesen letzteren Stellen ist die tactile Empfindlichkeit erhalten, die Localisation der Tasteindrücke ist aber unrichtig.

In der ausführlichen *Epikrise* kommt Verf. zu der Diagnose, dass hier eine meningeale Blutung am Rückenmarke unterhalb der Lendenanschwellung vorliege, welche anfangs auf die Lendenanschwellung drückte (Paraplegie), was nach Resorption des Blutes nicht mehr stattfand. Das übriggebliebene Gerinnsel drückte aber weiter auf die Wurzeln des Plexus pudendalis, von welchem die Nn. haemorrhoidales medius et inferior zum M. levator ani, dem Blasengrunde, den Mm. sphincter ani extern. und intern. und der N. pudendus zum M. bulbo-cavernosus, Sphincter ani extern., der Haut des Dammes, der hinteren Hodenwand, der Vorhaut, der Eichel und dem Vordertheil der Harnröhre ziehen, endlich ist auch der N. cutan. femor. poster. afficirt. Die Affection der Blase und des Mastdarmes führt Verf. auf eine Läsion des Centrum ano-vesicale (Budge) zurück, wofür er mehrere Literaturangaben anführt.

Jaroschewski: „Ein Fall von blennorrhoischem Rheumatismus mit nachfolgenden spinalen Symptomen". (№ 4).

Charcot hat zuerst in seinen poliklinischen Vorlesungen (Leçons de Mardi) 1888 das Auftreten spinaler Symptome als Folgeerscheinung des blennorrhoischen Rheumatismus beschrieben und in der Literatur nur 2 andere Fälle von Hayem und Parmentier (Rev. de Méd. 1888, VI) auffinden können. Der Charcot'sche Kranke wies eine Muskelatrophie der unteren Extremitäten, Erhöhung der Sehnenreflexe und Fussclonus auf, bei dem einen Hayem-Parmentier'schen traten einige Zeit nach dem Erscheinen des blennorrhoischen Rheumatismus epileptoides Zittern der Füsse (Fussclonus), Erhöhung der Patellarreflexe und amyotrophische Lähmung der Beine, Gürtelschmerz, Druckgefühl auf der Brust und Hauthyperästhesie, beim anderen Kranken aber, 15 Tage nach dem Rheumatismus, Schmerzen in den Gelenken, Sohlen und Fersen, Fussclonus, Erhöhung der Sehnenreflexe und bedeutende amyotrophische Störungen auf. Verf.'s Fall bot dieselben Symptome dar — sehr stark ausgeprägte Muskelatrophie der Wadenmuskeln, Erhöhung der Patellarreflexe, Fussclonus, — ausserdem verursachte ein tiefer Perinealabscess Dysurie und Krampf des Blasenhalses, was nach Eröffnung des Abscesses aufhörte; die atrophischen Erscheinungen dauern noch fort. Charcot meint, dass die fortwährende Reizung der Nervenendigungen in den Gelenken, Bändern und den Synovialsäcken auf das Rückenmark einwirke und hier theils dynamische, theils organische Veränderungen in den motorischen Zellen der Vorderhörner hervorrufe. Das so seltene Auftreten spinaler Erkrankungen nach der so verbreiteten Blennorrhoe erklärt Verf. durch eine Prädisposition, eine Schwäche des Nervensystems, welches in solchen Fällen einen Locus minoris resistentiae für das pathogene Agens darstelle, sein Kranker hatte früher successive an hartnäckiger Aphonie, Hemikranie mit Erbrechen, Diabetes insipidus gelitten.

J. J. Fedorow: „Zur Frage von der Ausbildung des kindlichen Beckens bei intrauteriner Verletzung der fötalen Unterextremitäten". (№ 4). Aus der geburtshilflichen Klinik des Prof. Jastrebow in Warschau.

Sehr ausführlich mitgetheilter Fall von intrauterinem, durch einen in der ersten Hälfte der Schwangerschaft auf den Unterleib der Mutter stattgehabten Stoss hervorgerufenem Bruche des rechten Oberschenkels bei der Frucht mit consecutiver Veränderung des Beckens; die Mittheilung ist zu specialistisch, um in extenso besprochen zu werden und muss deshalb auf das Original verwiesen werden.

M. Lichtermann: „Placenta praevia bei einer Erstgebärenden. Vorzeitige Geburt. (7 M. 10 T.). Glücklicher Ausgang". (№ 4).

Casuistischer Beitrag mit reichlichen Literaturangaben.

G. Grünberg: „Zur Casuistik der Ovariotomien". (№ 4).

Colloidkyste des linken Ovariums. Genesung nach der Operation.

W. Bechterew: „Ueber die Erscheinungen, welche nach Zerstörung verschiedener Abschnitte des Nervensystems bei neugeborenen Thieren auftreten und über die Entwickelung der Gehirnfunctionen bei denselben". (№ 4).

Zerstörung verschiedener Theile des Nervensystems bei neugeborenen Thieren giebt nicht immer dieselben Erscheinungen, wie bei erwachsenen, was nicht vor der Umkleidung der, die Projection vermittelnden Nervenfasern mit Myelin geschehen kann; eine Ausnahme von dieser allgemeinen Regel bilden einige corticale Centren, wie z. B. die den Bewegungen der Augen und der Pupillen dienenden und einige, in der motorischen Sphäre der Rinde befindliche, welche sich nach der Myelinumkleidung der Nervenfasern entwickeln.

Verf. zieht aus seinen Untersuchungen noch den wichtigen Schluss, dass die Functionen des einen oder des anderen Abschnittes des Centralnervensystems nicht eher in die Erscheinung treten, als bis sich die Nervenfasern, die ihnen entsprechenden Zellenelemente und die intracentralen Verbindungen entwickelt haben.

Die Begründung dieser Thesen muss im Originale nachgelesen werden.

Smirnow: „Zur Erinnerung an S. P. Botkin und F. J. Inosemzew". (№ 4).

Melnikow-Raswedenkow: „Ein Fall von Pneumonomykose". (№ 5).

Bei der Untersuchung der Lungen eines infolge von Oesophaguskrebs an Inanition zu Grunde gegangenen Kranken fand sich neben einer confluirenden Bronchopneumonie eine reichliche Entwickelung von Schimmelpilzen, welche Verf. veranlasste, den möglichen Einfluss der Pilzbildungen auf das Zustandekommen entzündlicher Processe in den Lungen zu studiren. Auf Grundlage sehr eingehender literarischer Studien und genauer Untersuchung seines eigenen Falles kommt Verf. zum Schlusse, dass die Pilzbildung in diesen Fällen eine rein zufällige sei und keine pathogene Bedeutung habe, bei heruntergekommenen Kranken mit stagnirendem Lungensecret sei eine Entwickelung von Schimmelpilzen sehr leicht. Hinsichtlich der Literatur dieses Gegenstandes sei auf das Original verwiesen.

S. Chalafow: „Durch Operation entfernte Enterolithen pflanzlichen Ursprungs". (№ 5).

50-jähr. Bäuerin leidet seit 20 Jahren an periodisch auftretenden, 3—6 Tage anhaltenden, mit Auftreibung des Bauches, Verstopfung und Erbrechen von Speise verbundenen Schmerzen, vorwiegend im rechten Hypogastrium, die Schmerzen häuften sich in den letzten 10 Jahren, Kotherbrechen ist nie vorgekommen. Bei der Untersuchung werden auf der rechten Seite des Unterleibes in der Höhe des Nabels zwei über einander liegende, runde, glatte, nach oben und unten, nach rechts und links, aber nicht nach vorn bewegliche, auf 1" von einander entfernbare Geschwülste durchgefühlt, an dieser Stelle fühlt die Kranke spontan sowohl, als auch bei der Untersuchung starken Schmerz; die obere Geschwulst ist grösser als die untere, beide hängen mit den Geschlechtsorganen nicht zusammen. Die Natur der Tumoren war nicht bestimmbar, bei der Laparotomie wurden in einem Theile des Colon ascendens die Geschwülste, Kothsteine, gefunden und aus einem 4" langen Schnitte entfernt, an der Stelle, wo die Steine sich befunden hatten, war die Schleimhaut stark hypertrophirt und polypös entartet. Die Darm- und Bauchwunde wurden mit Seide zugenäht und ein Jodoformverband angelegt, am 9. Tage die Nähte entfernt, Ende der 3. Woche Genesung. Die von Prof. Tichomirow untersuchten, etwa hühnereigrossen

Tumoren bestanden aus theils isolirten, theils noch mit einander zusammenhängenden Fasern von Zellstoff und Sklerenchym einer nicht näher zu bestimmenden Baumart, welche jedenfalls nicht zu den Nadelhölzern gehörte. In den Verdauungskanal sind diese Holzspähne entschieden mit schlechtem, von der Kranken genossenen Brod gelangt, da Verf. ausserdem noch eine Aehrenspelze von Roggen in den Steinen fand.

W. Lindenbaum: „Ein Fall von Trepanation des Schädels". (№ 5).

Durch Steinwurf entstandene, 4" lange gerissene Wunde an der linken Schläfengegend bei einem 23-jähr. Erdarbeiter und Eindruck eines 3" langen und 2" breiten Stückes der Schläfenbeinschuppe, Abmeisselung eines um 1 Ctm. breiteren Knochenstückes, Entfernung des eingedrückten Knochens, Reinigung der Wunde, auf deren Grunde die Gehirnsubstanz einen Querfinger tief zerstört war, Unterbindung einiger Arterien mit Catgut, Verband mit sublimatgetränkten Sägespähnen. Keine Hirnsymptome. Heilung durch Granulation am Ende des 3. Monats, der Defect im Schädel durch festes Narbengewebe geschlossen, das leichte Pulsation zeigte, aber selbst bei kräftigem Druck unempfindlich war.

J. Ssabanejew: „Ein Fall von Unterbindung der Arter. femoralis im Hunter'schen Kanal wegen Aneurysma der Arter. poplitaea". (№ 5).

Vollständiger Erfolg; das plötzlich entstandene Aneurysma war ein Jahr nach der Operation nicht mehr nachzuweisen, der Puls in der Arteria dorsalis pedis fehlte.

L. Wassiljew: „Die Resultate der Anwendung des Neil-Macleod'schen Verfahrens bei Schulterverrenkungen in Russland". (№ 5).

In Russland ist die Neil-Macleod'sche Methode 33 Mal angewandt worden, 20 Mal mit Erfolg (19 frische axillare Luxationen, 1 frische intracoracoidale), 13 Mal ohne Erfolg und zwar: 6 frische Luxationes subcoracoideae, 1 alte desgleichen, 1 frische L. intracoracoidea, 3 alte L. subcoracoideae, 1 frische L. subacromialis und 1 frische L. semisubcoracoidea. Aus diesen Thatsachen zieht Verf. den Schluss, dass das Macleod'sche Verfahren vollkommen indicirt und anderen Methoden vorzuziehen sei bei frischen Luxationes axillares; bei L. sub- und intracoracoideae zieht er das Kocher'sche Verfahren vor, weil es schmerzlos sei, keine grosse Anstrengung seitens des Chirurgen erfordere und keiner Assistenz bedürfe.

Literatur: 1) Wassiljew: Med. Obosr. 1888, Seite 188. 2) Preobrashenski: Med. Obosr. 1888, № 9 u. 10. 3) Chochlow: Wojenn.-Ssanit. Delo 1889, № 15. 4) Denissow: Med. Obosr. 1889, № 2 und 3. 5) Delow: Russk. Med. 1889, № 26. 6) Alexejew, citirt bei Delow. 7—11) Andrijaschew und 22 Fälle des Verf.'s.

W. Krüger: „Zur Statistik der Einrichtung von Schultergelenksluxationen nach Macleod". (№ 5).

Zwei glücklich eingerichtete Fälle von je 1 Luxatio subcoracoidea und L. subscapularis. Verf. führt u. A. noch einen Fall von Gelbras (Med. Obosr. 1888, № 22) an, in welchem das Macleod'sche Verfahren von raschem und günstigem Erfolge begleitet war.

S. Triwus: „Bemerkungen zur Behandlung der Diphtheritis und des Scharlachs mit Erysipelimpfungen". (№ 5).

Verf. polemisirt stark gegen die von Babtschinski (Westnik Obschtschestwenn. Gigieny 1890, № 1) auf Grund von Impfversuchen aufgestellte Behauptung von dem wohlthätigen Einflusse des Impferysipels auf den Verlauf des Scharlachs und der Diphtheritis. B. hat 1 scharlachkranken und 13 diphtheritiskranken Kindern von 2—6 Jahren Erysipel eingeimpft und dabei beobachtet, dass die Rose nach 4—8—10—12 Stunden auftrat und dass mit der Entwickelung des Erysipels die Temperatur abfiel (?). Verf. beschreibt nun 3 Krankheitsfälle (1 Scharlach, 2 Diphtherien), in welchen 2 Mal bei complicirender Parotitis auf den, unter antiseptischen Cautelen in die Drüse gemachten Schnitt Erysipel folgte und zu letalem Ausgange führte, in einem Falle von Diphtherie erschien Erysipel an der rechten, bereits geschwollenen Parotis, auch dieser Kranke starb. Verf. ist nun der Ansicht, dass es gewagt sei, eine so schwere Erkrankung, wie Diphtherie oder Scharlach künstlich durch Einimpfen eines Erysipels noch gefährlicher zu machen, umsomehr, als die bei anderen Erkrankungen, Eczem, Krebs u. a. versuchten Erysipelimpfungen durchaus keine ermuthigenden Resultate ergeben haben.

J. Maslowski: „Zur Therapie des Diabetes insipidus". (№ 5).

Bei einem 16-jähr. Knaben trat die Krankheit vor 6 Jahren nach einem heftigen Schrecke auf; er erhielt während eines 26-tägigen Aufenthaltes im Burnan'schen Landschaftshospital (Gouv. Tambow) zuerst 12 Tage lang anfangs 4 Mal täglich Gr. 8, dann 5 Mal täglich zu Gr. 12, endlich 4 Mal täglich zu 26 Gran Antipyrin; am Ende dieser Behandlungsperiode war die Menge des täglich genossenen Wassers von 13200 Ccm. auf 6200, das tägliche Harnquantum von 12300 Ccm. auf 6100 gesunken. 3 Tage lang blieb der Knabe ohne Behandlung, die beiden Zahlen schwankten dann zwischen 7350—7450 Ccm. resp. 6300—6500 Ccm., darauf wurde 8 Tage lang Antifebrin gegeben und zwar zuerst 6 Gran 4 Mal täglich, später zu je 7 und 8 Gran; die Menge des getrunkenen Wassers fiel auf 4860, die des Harnes auf 4430 Ccm. täglich.

A. Rudski: „Zur Casuistik der Cocainvergiftung bei internem Gebrauch". (№ 5).

Eine 30-j. intelligente, nicht nervöse Frau hatte gegen Kopfschmerz 1 Gran Cocain. hydrochlorat. genommen, 10 Minuten darauf Blässe des Gesichtes, Schwindel, Schwäche in den Beinen, 40 Minuten später, als dreimalige Gaben von je ℈j Rad. Ipecac. nicht gewirkt hatten, fand Verf.: blass-cyanotisches Gesicht, erstaunten Gesichtsausdruck, mässig erweiterte Pupillen, beschleunigte oberflächliche Athmung, schlaffe Extremitäten, Zittern des Körpers, Anästhesie der feuchten kalten Haut, bedeutende Abschwächung des Gehörs, Hallucinationen des Gesichts und des Gehörs, die Kranke fühlt in sich 2 Menschen. Einathmung von Amylnitrit (2—4 Tropfen auf Watte), Kaffee und Wein brachten baldige Heilung, nur hinterblieb Schwäche in den Beinen.

Hinze.

Westnik oftalmologii, März—Juni.

A. W. Natanson: „Ueber Glaucom in aphakischen Augen". (März-April). [Fortsetzung und Schluss]. Deutsch in der gleichnamigen Dissertation. Dorpat 1889.

Granier: „Ueber die Veränderungen des Musc. ciliaris unter dem Einflusse des Wachsthums und der Refraction". (März-April).

An 8 Augen Neugeborener, an 3 Augen von Kindern bis zu 12 Jahren, 3 bis zu 27 Jahren und 9 bis zu 70 Jahren wurden die Untersuchungen ausgeführt. Von 4 Augen war die Refraction zu Lebzeiten genau notirt worden. Im Ciliarmuskel der Neugeborenen fanden sich stets auch Ringfasern. Trotz beträchtlicher individueller Abweichungen konnte im Allgemeinen nachgewiesen werden, dass mit dem Alter die Länge und Dicke des Musculus ciliaris zunahm. Die Entwickelung des Musc. cil. war um so kräftiger, je stärker die Accommodationsarbeit gewesen sein musste.

S. N. Loshetschnikow: „Zur Casuistik der Heilungen der Netzhautablösungen". (März-April).

Ein 15-jähr. Bauer hatte gegen das linke Auge einen Peitschenschlag erhalten. Aufnahme 3 Tage nach der Verletzung. Netzhautablösung in der unteren Bulbushälfte. Unter Atropin bildete sich die Ablösung in 12 Tagen vollkommen zurück. $V = {}^{1}/_{6}$.

Frau von 30 a. n., mit M 10 D; ausgedehnte Veränderungen in der Chorioidea. L. constatirte links innen von der Macula lutea eine Ablösung von ovalärer Gestalt 12° lang und 9° breit. Pat. ging nach Deutschland und wurde hier von 4 namhaften Ophthalmologen zu verschiedener Zeit untersucht. Zwei derselben bestätigten die Ablösung, zwei leugneten ihr Vorhandensein. Nach 4 Jahren sah L. die Patientin wieder und fand jetzt keine Ablösung, sondern Chorioidealatrophie an der betreffenden Stelle. Patientin hatte *keine* Cur durchgemacht.

A. W. Natanson: „Aniridia et aphakia traumatica mit Steigerung des intraoculären Druckes". (März-April).

Mann von 39 a. n. Stockschlag gegen das linke Auge; 27 Tage nach der Verletzung stellte sich Patient vor. Ca. 3 Mm. vom oberen Cornealrande entfernt eine Narbe, vollständiges Fehlen der Iris und Linse, starke, zum Theil flottirende Glaskörpertrübungen, starke Injection, Schmerzen, Druckempfindlichkeit, T. B + 1. Mit Sicherheit konnte die Abwesenheit der Linse im Auge constatirt werden. Dieselbe musste durch die Scleralwunde ausgetreten sein. Bestätigt der Fall einerseits das Vorkommen von Secundärglaucom in aphakischen Augen, so zeigt er auch andererseits, dass selbst *das vollständige Fehlen der Iris vor Drucksteigerung nicht schützt*.

F. O. Jewezki: „Cataract und Xerosis conjunctivae bei den Arbeitern der Glasfabrikation". (Mai-Juni).

E. untersuchte 70 Arbeiter einer Glasfabrik und fand 3 mit Linsentrübung behaftete im Alter von 43, 50 und 56 Jahren. Meyhofer hatte unter 442 bis zu 40 Jahre alten Glasarbeitern 42 Cataractöse (9,5%) gefunden. Mit Xerosis conjunctivae behaftet fanden sich 13 von den 70 Untersuchten. Die Jüngeren — 18 bis 29 Jahre — lieferten allein 10 Fälle. Hemeralopie fand sich nicht. Die Arbeiter hatten zur Zeit der Untersuchung seit längerer Zeit *nicht* gefastet. J. glaubt die starke Transspiration und die Wirkung der hohen strahlenden Wärme (bis zu 65° C.) sei Veranlassung der Xerosis conj. bei den Glasarbeitern.

S. N. Loshetschnikow: „Ueber einige seltene Eigenthümlichkeiten des Glaucoms". (Mai-Juni).

In einem Falle fehlte zur Zeit der Operation jede Excavation und überhaupt jede Veränderung am Sehnerven und nach mehr als 3 Jahren fand sich der Sehnerv ebenfalls vollständig normal. In zwei Fällen von Glaucom beobachtete L. an Stelle einer Excavation eine Papillitis. In einem dieser Fälle trat einige



Wochen *nach* der Iridectomie eine typische glaucomatöse Excavation hervor.

K. A. Joelsohn. „Zwei Fälle von Keratalgia traumatica". (Mai-Juni).

Fall 1. Frau von 26 a. n. Verletzung des rechten Auges bei der Arbeit mit einer Scheere. Auf der Hornhaut konnte alsbald nach der Verletzung kein Defect nachgewiesen werden. Alle Reizerscheinungen schwanden prompt in 2 Tagen. Nach 2 Wochen plötzlich auftretende heftige Schmerzen, und seit dieser Zeit im Verlaufe von bisher zwei Jahren Wiederholung dieser heftigen Schmerzanfälle mit atypischem Zeitverlaufe: bald schnell auf einander folgend, bald in ein- bis zweimonatlichen Pausen.

Fall 2. Frau von 30 a. n. 1876 durch ihren Säugling mit dem Fingernagel am linken Auge verletzt worden; seit jener Zeit bis zum Jahre 1885 atypisch auftretende heftige Schmerzanfälle im linken Auge.

Augenbefund negativ bis auf ein Staphyloma posticum. J. wurde auf seine Fälle und deren Deutung durch die Mittheilung Grandclement's (in der Sitzung der Französischen Ophthalmologischen Gesellschaft 1888) über *„Keratalgia traumatica"* aufmerksam gemacht.

Sapolski-Downar: „Ein Fall von Netzhautblutung mit Ausgang in Heilung". (Mai-Juni).

Mann von 23 a. n. An *Intermittens* leidend, sonst vollkommen gesund. Nach einem Fieberanfalle plötzlich V beiderseits bis auf rothen Lichtschein reducirt. Während dreier Wochen nach der Erblindung wiederholten sich die Fieberanfälle noch mehrmals, an den Augen unterdess keine Veränderung. Um diese Zeit Status: beiderseits im Gebiete der Macula lutea Blutaustritte von ca. $1^1/_2$ Papillendurchmesser, sowie rechts noch 6 und links noch 3 kleinere, mehr periphere Blutextravasate. Bei Dunkelcur und Jodkali resorbirten sich die Blutaustritte im Verlaufe von ca. 4 Monaten vollkommen. V rechts $^{25}/_{40}$, links $^{18}/_{40}$.

A. Orlow: „Bericht über die in der Landpraxis beobachteten Augenkrankheiten für 3 Jahre 1887—1889. (Mai-Juni).

2039 Patienten oder 19% des gesammten Krankenmaterials. Conjunctivalerkrankungen 38,4%, darunter mehr als die Hälfte Trachom, Hornhaut 10%, Linse 9,8%, Lider 7,7%, Tractus uvealis und Glaucom 4,6%, Thränenableitungsapparat 1%, Varia 6,4%. In der Behandlung des Trachoms macht O. ausgiebigen Gebrauch von der Methode des Ausdrückens der Trachomkörner.

Operationen 650, darunter 134 Extractionen; 7 Mal Panophthalmitis. O. hat Extrahirte auch in den Bauernhütten liegen gehabt! O. verlangte nur 3—5 Stunden nach der Operation ruhige Rückenlage, gestattete alsdann das Aufsitzen und am 2. Tage durfte der Kranke bereits auf den Hof hinaus.

Alle Operationen mit einziger Ausnahme der Extractionen wurden ambulatorisch ausgeführt.

W. Wagner: „Kurzer Bericht über die Krankenbewegung am Odessaer städtischen Augenhospital für 1888 und 1889". (Mai-Juni).

1888 — 2862 Patienten, 1889 — 3280 Patienten, darunter stationär: 462 resp. 423.

Iridectomien 101 resp. 97. Extractionen 122 resp. 106. Enucleationen 10 resp. 31.

1888 kein Verlust bei den Extrahirten, 1889 5 Verluste. Extractionsmethode: v. Graefe mit Lappenbildung von geringer Höhe.

„Jahresbericht der Moskauer Ophthalmologischen Gesellschaft für 1889". (Mai-Juni).

„Ueber die Erkrankungen der Hornhaut beim Wechselfieber". Brief an die Red. d. W. Oft. aus Turkestan von N. Ssukatschew. (Mai-Juni).

Im Anschluss an Intermittens — besonders häufig im Frühjahr — bilden sich unter heftigen Reizerscheinungen und grosser Lichtscheu auf der Hornhaut in der Nähe der Randes kleine punctförmige Pusteln, welche späterhin ulceriren und confluiren. Die Prognose ist gut. Die stets wirksame Therapie bestand in Atropin Gr.j ad ℥j und innerlich Chinin zu Gr. X pro dosi. In 10—15 Tagen Heilung.

Zum Vorsitzenden der Ophthalmologischen Section auf dem IV. Congresse russischer Aerzte, der am 3. Januar 1891 in Moskau eröffnet wird, ist Prof. G. J. Braune erwählt worden.

Zur Discussion sollen folgende Themata gelangen: 1) Ueber Trachom. 2) Ueber die Vorzüge der Extractionsmethoden. 3) Ueber die Methoden der Glaucomoperationen. Germann.

Aus russischen medicinischen Gesellschaften.

Auszug aus den Sitzungsprotokollen der Kaiserlichen Kaukasischen Medicinischen Gesellschaft. Jahrg. XXVI. № 1—10.

G. A. Tarchanow: „Demonstration eines nach mit Lungenabscess complicirter Pneumonia crouposa Genesenen". (№ 1).

A. J. Pëunow: „Zwei Fälle von Hauttransplantation bei plastischer Lidoperation". (№ 2).

Im ersten Falle wurde der nach Entfernung eines etwa wallnussgrossen Epithelialkrebses in der Gegend des linken Thränensackes bei einer 45-j. Bäuerin entstandene Hautdefect am Tage nach der Exstirpation der Geschwulst durch ein der inneren Fläche des linken Vorderarmes entnommenes kreisrundes Hautstück von etwa $3^1/_2$ Ctm. Durchmesser gedeckt.

Im zweiten Falle handelte es sich um in Folge eines während einer Gesichtsrose bei einem 60-j. Ossetinen entstandenen Abscesses zur Entwickelung gekommene Narbenbildung auf der rechten Nasenhälfte und am Rande der Lider des rechten Auges, wobei die Lidspalte, mit Ausnahme ihres äusseren Viertels, durch eine sie überbrückende narbige Verwachsung der Ränder des oberen und unteren Lides geschlossen war. Rechts beginnender, links ein fast reifer Staar. 17 Tage nach der am linken Auge mit gutem Erfolge ausgeführten Staaroperation wurde die narbige, die Lidspalte schliessende Brücke entfernt, wonach sich am unteren Lide ein sehr bedeutendes Ektropion ausbildete; der nach Operation des letzteren zurückgebliebene, $1^1/_2$ Ctm. breite und $2^1/_2$ Ctm. lange Hautdefect am unteren Lide wurde durch Transplantation eines Hautstückes aus dem Vorderarme des Sohnes des Operirten gedeckt.

In beiden Fällen vollständige Anheilung der transplantirten Hautstücke.

Ausserdem erwähnt P. noch kurz zweier analoger, gleichfalls mit Erfolg ausgeführter etwas kleinerer Transplantationen an den unteren Lidern und führt die von ihm erzielten Resultate auf folgende Momente zurück:

1) Strenge Antiseptik beim Verbande, jedoch mit Vermeidung starker Antiseptica bei Vorbereitung des zu transplantirenden Hautstückes und des zu deckenden Defectes. (P. gebraucht eine warme [leider fehlt eine genauere Temperaturangabe] 4%-ige Borsäurelösung).

2) P. transplantirt die Haut mit allen ihren Schichten im Gegensatze zu der Mehrzahl der Okulisten, welche nur die obersten Schichten der Haut nehmen.

3) Eine sorgfältige Anfrischung der Defectoberfläche und seiner Ränder.

4) Eine genaue Anpassung des Hautstückes an den Defect mit vollständiger Deckung des letzteren.

5) Sorgfältige Blutstillung.

J. D. Wischogrod: „Behandlung der Syphilis mit 1%-iger Lösung von Hydrargyrum formamidatum". (№ 2).

W. injicirt gewöhnlich jeden 3. Tag 4 Pravatz'sche Spritzen der Lösung in die Rückenhaut des Kranken und bedeckt die Einstichstellen mit Emplastr. mercur. Am Injectionstage erhält Pat. eine Wanne von 28—30° R. Anwendung von Gurgelwässern (fast ausschliesslich Creolin — gutt. IV ad Aq. destill. ℥j) und Zahnpulver larga manu. Abscessbildung und Indurationen an den Injectionsstellen wurden nicht beobachtet. Von den 212 so behandelten Fällen condylomatöser Syphilis ist nach W. nur in 17 ein Recidiv aufgetreten.

J. G. Kucharski: „Demonstration einer vereinfachten Modification des Apparates von Dr. Krull zur Behandlung der Lungenphthisis mit feuchtwarmer Luft von constanter Temperatur — mit Zeichnung". (№ 3).

Wegen Raummangel kann auf eine Beschreibung des von K. modificirten Krull'schen (cf. Berl. klin. Wochenschr. 1888, № 39 und 40) Apparates nicht eingegangen werden und verweisen wir auf das Original.

E. J. Krassnogljadow: „Kurze Notiz über die Wichtigkeit einer rechtzeitigen Diagnose und möglichst raschen Heilung von Malariaerkrankungen im Kaukasus". (№ 3).

Kr. fordert zu genauen klinischen Untersuchungen über die im Kaukasus an den Ufern des Schwarzen Meeres endemische Malaria und Vergleich der gegenwärtigen Morbidität mit der in früheren Jahren beobachteten auf und befürwortet bei der Behandlung als Adjuvans neben Chinin locale Blutentziehungen in der Leber- und Milzgegend.

A. G. Gurko: „Ein Fall von primärer Nierentuberculose". (№ 3).

Der 24-j. im Militärhospital zu Tiflis behandelte Soldat gab an, seit ca. 3 Monaten an allmälig progressirender Abmagerung, Schwäche und Störung des Allgemeinbefindens zu leiden. Kein Hinweis auf irgend welche chronische Krankheiten der Eltern. Pat. ist verheirathet. Seine Frau schwächlich, sonst scheinbar gesund. Kinder gesund. An Syphilis hat Pat. nicht gelitten. Während der Behandlung im Hospital wurde beobachtet: Gewisse Resistenz und Schmerz in der Ileocoecalgegend, Temperatursteigerung mit Typus inversus, rasche Zunahme der Abmagerung, nächtliche Schweisse. Bewusstsein nicht gestört. Darmtractus und Verdauung normal. Von Seiten der Lungen bei der physikalischen Untersuchung nichts Besonderes und nur zuletzt einmal verschärftes Athmen und feine Rasselgeräusche. Die bacteriologische Untersuchung der Sputa ergab keine Koch'schen Bacillen. Allmälig zunehmender Eiweissgehalt im Harne bei saurer Reaction und starkem Bodensatz, in welchem sich eine

colossale Menge Koch'scher Bacillen befand. Geschwulst des rechten Hodens und Nebenhodens. Starke Schmerzen in der Regio pubis, brennende Schmerzen beim Uriniren und häufiger Harndrang. Uebergang der Reaction des Harnes in eine alkalische und hohes specif. Gewicht desselben, Vergrösserung der Prostata.

Am 79. Tage nach seiner Aufnahme verschied Pat. Die Section ergab eine starke Zerstörung der rechten, vergrösserten Niere in Folge eines tuberculösen Processes und frische tuberculöse Erkrankung der Harnblase (mit zahlreichen Geschwüren), der Prostata, des rechten Hodens und in geringem Grade auch der Lungen.

Da in der Regel nur die eine Niere von Tuberculose befallen ist, so hält G. für durchaus rationell S. A. Whright's (The Brit. Med. Journ. 1885) Vorschlag der Nephrotomie, selbstverständlich bei rechtzeitiger Diagnose der primären Nierentuberculose mit Ausschluss eines schon zu Stande gekommenen Ueberganges der Tuberculose auf andere Organe.

G. K. Ter-Grigorianz: „Ueber die Discision bei engem Muttermunde". (№ 5).

Nach T.-G. ist bei der Sims'schen Discisionsmethode die Blutstillung eine ungenügende, eine strenge Durchführung der Regeln der Antiseptik nicht möglich und eine Verwachsung der Wundränder mit einander schwer zu vermeiden.

T.-G. discidirt beiderseits mit der Schroeder'schen Scheere bis zur Anheftungsstelle der Vagina, wonach die beiderseitige Discision des Os uteri internum mit dem Sims'schen Metrotome folgt. Sodann führt er etwa 1 Ctm. oberhalb des unteren Randes durch beide Muttermundslippen mit Hilfe einer Nadel einen dicken Seidenfaden durch, knotet denselben ausserhalb der Vagina (gewöhnlich beträgt die Länge des doppelten Fadens von der Einstichstelle bis zum Knoten 26 Ctm.), spült die Schnittfläche mit 5% Carbolsäurelösung ab, pudert mit Jodoform und füllt den inneren Muttermund mit einem schmalen Streifen Jodoformgaze aus, dessen Ende ausserhalb des Os uteri ext. bleibt. Darauf werden die Schnittflächen mit sovielen zusammengelegten Streifen von Jodoformgaze von 14 Ctm. Länge und 7 Ctm. Breite bedeckt, dass die Labien bei Anziehen der Fäden sich kaum berühren, während die Enden der Streifen die seitlichen Schnitte überragen. Die Fäden werden über der eingelegten Gaze erst mit einem chirurgischen Knoten, sodann mit einer Schleife geknotet und auf diese Weise kommt die Blutung zu stehen. (Sehr selten ist eine Umstechung blutender Gefässe nothwendig). In die Vagina wird noch ein Streifen Gaze eingeführt und Pat. entlassen. Am 2. und 4. Tage nach der Operation Lösung des Knotens und Verbandwechsel wie oben beschrieben. Am 6. Tage werden Verband und Faden entfernt, mit Carbollösung ausgespült und darauf 2 Mal wöchentlich Acet. pyrolignosum auf 10 Min. eingegossen.

A. J. Kartschewski: „Zur Frage von der Wirkung des Phenacetins bei Abdominaltyphus". (№ 5).

2—6 Stunden nach Dosen von 8—12—16 Gran bei mehr oder weniger heftigem Schweisse Abfall der Temperatur um 2—3—5°; die darauf folgende Temperaturerhöhung erfolgt ziemlich selten unter leichtem Frostanfalle. Auf Puls und Sensorium wirkt das Mittel günstig ein und übt keinen schädlichen Einfluss auf den Gastrointestinalkanal. In Maximo kann gereicht werden pro dosi 1 Grm., pro die 3 Grm. Im Beginne der Krankheit müssen, wie es scheint, grössere Dosen gereicht werden, als in ihrem weiteren Verlaufe. Die beste Zeit der Darreichung ist 10 Uhr Morgens und 6 Uhr Nachmittags.

J. J. Andrshejewski: „Zur Pathologie des chronischen Malariaprocesses". (№ 8).

P. M. Blumberg: „Zur Frage über die Verhütung der Einschleppung der Cholera aus Indien nach Europa auf dem Landwege". (№ 10).

Als einziges Radicalmittel zur gänzlichen Tilgung der Cholera betrachtet B. die Uebersiedelung (von staatswegen) der ganzen Bevölkerung der Choleraheimath im Gangesdelta in einen gesunden Landstrich, strenge Absperrung des Deltas durch einen Militär-Cordon und Verbot einer neuen Ansiedelung im Gangesdelta auf mindestens 10 Jahre, in deren Verlaufe bei Fehlen des zur Entwickelung des Cholera-Mikroben nöthigen menschlichen Organismus auf eine „Selbstreinigung" der „Tanks" (Teiche mit schmutzigem, fauligem Wasser, entstanden in der Nähe der Ansiedelungen durch Ausgraben der zum Schutze vor Ueberschwemmungen des Grundes, auf dem die Wohnungen errichtet sind, nothwendigen Erde) zu rechnen ist. Janek.

Protokolle der psychiatrischen Gesellschaft in St. Petersburg für 1889.

Sitzung am 21. Januar.

Tschetschott: „Historische Untersuchung über die Entwickelung der Irrenpflege in St. Petersburg". Von rein localem Interesse.

Sitzung am 18. Februar.

1) Nishegorodzew: „Ueber eine affectiv-motorische, hysterotraumatische Psychoneurose mit eigenartigen complicirten coordinirten Bewegungen und Körperstellungen". Krankendemonstration. Wiedergabe des Vortrages nicht möglich, weil Redner denselben zum Drucke nicht eingesandt hatte.

2) Nearonow (Gast): „Ueber Thomsen'sche Krankheit".

3) Tschetschott: „Ueber die gegenwärtige Lage der Irrenpflege in St. Petersburg und über das nöthige Maass ihrer Erweiterung".

Sitzung am 3. März.

1) L. Blumenau: „Ein Fall von halbseitiger Gesichtsatrophie".

2) Beljakow: „Ein Fall von Cysticerken im Gehirn". Demonstration von Präparaten.

Butschinskaja: „Ein Fall von Cysticerken im Gehirn".

3) Tschetschott: „Plan einer Irrenversorgung für St. Petersburg".

4) M. K. Walizkaja: „Nervöse Störungen der Arbeiter in Tabaksfabriken".

Sitzung am 22. April.

1) Prof. Tarchanow (Gast): „Ueber galvanische Entladungen in der menschlichen Haut bei Reizungen der Sinnesorgane und verschiedenen Formen psychischer Thätigkeit".

2) Rybalkin: „Ein Fall von Poliomyelitis anterior mit Lähmung der Bauchmuskeln".

3) Chowrin (Gast): „Materialien zur Anthropometrie der Verbrecher und Geisteskranken".

4) L. G. Butschinskaja (Gast): „Einige Beobachtungen über die Wirkung des Sulfonals auf Geisteskranke".

Die Versuche wurden an 29 unruhigen Geisteskranken im Hospital St. Nikolaus des Wunderthäters angestellt mit abendlichen Einzelgaben von ℈j—℈ij und mit wiederholten 10-granigen Gaben bis zu ʒβ pro die, im Ganzen wurden 148 Einzeldosen verabreicht. In der Mehrzahl der Fälle trat der Schlaf 1—2 Stunden nach der abendlichen Einzelgabe ein und dauerte 5—11 Stunden, in 7 Fällen blieb das Mittel ohne Erfolg; es hatte im Vergleiche zu Paraldehyd, Amylenhydrat, Chloralhydrat oft besseren Erfolg, wirkte aber weniger gut bei durch physisch unangenehme Momente bedingte Agrypnie. Die abendlichen Einzeldosen äussern ihre beruhigende Wirkung an dem, der Darreichung folgenden Tage nicht, die wiederholten kleinen Gaben erwiesen sich wirksamer. Das Sulfonal hat cumulative Wirkung, setzt aber keine Gewöhnung an das Mittel, die ersten Gaben sind wirksamer, als die folgenden, ausser Schlaf bewirkte es noch Verstärkung und grössere Spannung des Pulses (besonders ℈ij Einzelgaben), selten eine Beschleunigung der Athmung und nur 3 Mal geringe Temperaturerhöhung, selten Uebelkeit, Erbrechen, Leibschmerzen, Durchfall, geringe Verminderung des specifischen Gewichtes des Harnes, Schwanken, unsicheren Gang, Schwindel, in einem Falle von Hysteroepilepsie hystero-epileptische Anfälle, einige Male psychische Aufregung. Beim Gebrauche des Sulfonals ist einige Vorsicht bei solchen Kranken zu beobachten, bei denen die Wirkung des Mittels auf Puls und Circulation des Blutes im Gehirn zu fürchten ist.

Sitzung am 23. September.

1) Werigo (Gast): „Vereinfachte Methode der Demonstration der Reactionsdauer".

2) Anfimowa: „Ueber ein besonderes Verhältniss des galvanischen Stromes zur Erregbarkeit des neuro-musculären Apparates bei Einschaltung grosser Widerstände in die Kette". Wird anderen Ortes referirt werden.

3) Mendelssohn: „Ueber einige elektrische Erscheinungen am Menschen".

4) Prof. Tarchanow theilte „eine Methode zu genauer Zeitbestimmung an Curven bei graphischen Untersuchungen" mit, er räth, die Curven unter dem Mikroskop zu untersuchen.

Sitzung am 28. October.

1) Beljakow: „Demonstration des Schädels eines Paralytikers in einem Falle hereditärer Syphilis".

2) Kusnezow: „Ein Fall von Tumor tentorii cerebelli".

3) Rosenbach: „Ueber acute Formen des Irreseins".

Sitzung am 25. November.

Jakimow: „Ueber den Einfluss verdünnten Alkohols auf die Veränderungen im Nervensystem".

Im Laboratorium des Prof. Mierzejewski wurde jungen und alten Hunden 40% Alkohol in den Magen zuerst 1 Ccm. auf 1 Kilo Körpergew. eingeführt, welche Menge allmälig auf 6, selbst 8 Ccm. gesteigert wurde. Der Alkohol wurde ununterbrochen eingeführt bis zum Tode der Hunde, deren viele nach 5—6 Monaten starben, einige blieben bis zu 8 Monaten am Leben. Einige Hunde wurden während eines Monats chronisch mit Alkohol vergiftet, erhielten aber dann toxische Dosen Alkohols im Verlaufe von 30—32 Stunden, andere Hunde wurden sofort acut vergiftet. — Bei den



chronisch vergifteten Hunden entwickelten sich Parese der Beine, allgemeine Muskelschwäche, Druckempfindlichkeit der Nervenstämme und grössere Empfänglichkeit für sensible Reize. Die *Section* ergab keinerlei Veränderungen an den Organen, in der Schädelhöhle und im Rückgratskanal fand sich nur bei acuter Alkoholvergiftung Hyperämie der Meningen und des Gehirns. Mikroskopisch wurde das ganze Nervensystem untersucht und niemals, weder bei chronischer noch bei acuter Alkoholvergiftung wurden irgend eine Veränderung an den peripheren Nerven, den Intraspinalganglien und den Rückenmarkswurzeln gefunden. Anders verhielt sich die Sache im Gehirn und Rückenmark; bei der chronischen Alkoholvergiftung war die cerebrale und spinale graue Substanz recht bedeutend hyperämisch, die Hyperämie beschränkte sich auf die graue Substanz, von welcher die weisse sich scharf abschied. Die Nervenzellen der grauen Substanz im Rückenmarke waren deutlich entartet, stark vacuolisirt, das Protoplasma in ihnen zerfasert in Form von mehr oder weniger linienartiger Spalten und dadurch in kleine Segmente zertheilt, die Körnung desselben war verschwunden, es erschien trübe und matt, in welchem Falle Kerne, Kernkörperchen und Fortsätze schlecht zu sehen waren, Leukocythen waren nur in geringer Zahl vorhanden; der Process war am schärfsten in den Vorderhörnern ausgeprägt. Verlängertes Mark, Brücke und Hemisphären des Grosshirns boten ähnliche Veränderungen der grauen Substanz, nur in schwächerem Maasse dar. — Die Hunde, welche anfangs einen Monat lang chronisch, dann aber im Verlaufe einiger Stunden acut mit Alkohol vergiftet wurden, zeigten dieselben Veränderungen an denselben Stellen, wie die chronisch vergifteten, nur in geringerem Maasse, noch schwächer waren sie bei den acut vergifteten Hunden ausgeprägt. Die Hyperämie der grauen Substanz war in den acuten tödtlichen Vergiftungsfällen stärker als in den chronischen und griff auf die weisse Substanz über, das plasmatische Exsudat war hierbei reichlicher. — Der Process bei allen Formen der Vergiftung war ein aufsteigender, der Hals- und der Lendentheil des Rückenmarkes war immer stärker afficirt als die übrigen Theile.

Bei der äusserst lebhaften Discussion wurde Ref. besonders der Vorwurf gemacht, dass durch seine Untersuchungen die Frage vom chronischen Alkoholismus beim Menschen durchaus nicht gefördert worden und namentlich der Streit, ob die bei dieser Krankheit vorkommenden Störungen peripheren oder centralen Ursprunges seien, garnicht geschlichtet sei.

Sitzung am 30. December.

1) Danillo: „Demonstration eines Falles von Ophthalmoplegie". Ophthalmoplegia externa et interna bei Tabes mit Crises gastriques.

36-jähriger Mann, leidet seit 1880 an Tabes. Nach 1876 überstandener Syphilis bemerkte Pat. Diplopie, darauf Ptosis, endlich die bis jetzt bestehenden Symptome. Romberg-sches Symptom, Fehlen der Patellarreflexe, tabischer Gang, Unbeweglichkeit der Bulbi, welche nur unbedeutend abwärts bewegt werden können, die linke Pupille weiter als die rechte, beide reagiren bei Accommodation nicht, bei Lichteinfall und starkem Hautreiz (Inductionsstrom) reagirt die linke Pupille garnicht, die rechte Pupille zeigt bei schiefem Lichteinfall die sogen. paradoxe Reaction, sie erweitert sich ein wenig, um sehr bald die frühere Form anzunehmen. Parese der vom linken unteren Facialisaste versorgten Muskeln, deren elektrische Erregbarkeit für beide Stromesarten normal ist. Anästhesie für Schmerz, Druck und Temperatur im Gebiete des l. rechten Trigeminusastes, das rechte Gesichtsfeld eingeengt, der Augenspiegel weist beiderseits Staphylom (rechts stärker), Blässe und Trübung der Retina (rechts stärker) nach, Geruch, Gehör, Geschmack normal. Pat. leidet seit 1882 an sogen. Crises gastriques, welche serienweise 6, 7 und 8 Tage hinter einander, in sehr charakteristischer Weise auftreten, die Anfälle sind in letzter Zeit schwächer und kürzer geworden.

2) Schtscherbak: „Zur Frage von der antiepileptischen Wirkung des Bromgoldes".

14 Versuche an Hunden, welche durch Reizung der psychomotorischen Zone epileptisch gemacht worden waren und denen durch Schlundsonde oder durch Injection in die Vena femoralis 0,2 G. $AuBr_3$ pro Kilo Körpergew. applicirt wurden. Es konnte darnach selbst mit den stärksten Strömen kein epileptischer Anfall ausgelöst werden, bei kleinen Gaben bedurfte es stärkerer und anhaltenderer Ströme, um die Anfälle hervorzurufen, welche dabei schwächer und weniger ausgebreitet waren. Die Erregbarkeit der einzelnen Centren war selbst nach Einführung von 0,1—0,2 G. pro Kilo kaum, die der weissen Substanz ganz unverändert, sowie auch die latente Periode. Längere Zeit (1 Woche) hindurch eingeführte Mengen $AuBr_3$ setzten einen grösseren Effect, d. h. der Anfall konnte durch Dosen (0,03 pro Kilo), welche schwache Wirkung bei einmaliger Anwendung hatten, bei Summirung derselben im Verlaufe 1 Woche garnicht hervorgerufen werden, die Erregbarkeit der einzelnen Centren blieb auch hierbei unverändert.

In der Discussion bemerkte Rosenbach, dass er bald nach Erscheinen der Goubert'schen Arbeit über Anwendung des $AuBr_3$ bei Epilepsie einigen Kranken das Mittel verordnet hat und dass bei 6—7 derselben, welche längere Zeit epileptisch waren und Bromkalium vergeblich gebraucht hatten, anfänglich beim Gebrauch von Bromgold die Anfälle seltener bekamen, später aber ebenso häufig wie früher von ihnen befallen wurden; sehr bald trat Anästhesie des Rachens bei diesen Kranken auf.

Prof. Mierzejewski meinte, dass die Besserung nach einem neuverordneten Mittel durch psychischen Einfluss bedingt werde, was man auch sonst nicht selten gesehen habe, dass aber das $AuBr_3$ das Nervensystem günstig beeinflusse, habe er an einer Hysterischen gesehen, bei welcher nach Darreichung 3 Tropfen einer Lösung von ℈j $AuBr_3$ auf ℥β Wasser die Anfälle kürzer und schwächer wurden, während andere Mittel erfolglos blieben. Hinze.

Die psychiatrische Gesellschaft in St. Petersburg bestand am 20. März 1890 aus 3 Ehrenmitgliedern, 68 wirklichen, 32 correspondirenden und 3 berathenden Mitgliedern, in Summa 106.

Bücher (Broschüren, Dissertationen, Berichte).

1889.

Alexejew, Th. K.: Ueber die Behandlung der Hydrophobie mit einigen Volksmitteln der Flora der Ukraine. Diss. — Charkow.

Ananow, S. J.: Ueber die Behandlung der Endometritis haemorrhagica. — Tiflis.

Bericht der Twer'schen Gouvernements-Landschaftsverwaltung über die Landschaftsmedicin im Gouvernement Twer. — Twer.

Berichte der bei der Wladimir'schen Gouvernements-Landschaftsverwaltung bestehenden Sanitätscommission. — Wladimir.

Bjaschkow, W. M. und Diomidow, A. J.: Bericht über die Colonie für Geisteskranke im Dorfe Buraschew vom 1. Nov. 1888 bis 1. Nov. 1889. V. Jahrgang. — Twer.

Bogajewski, A. T.: Bericht über das Krementschuk'sche Gouvernements-Landschaftshospital. — Poltawa.

Dmitrijew, J.: Kurzer Abriss der Verbreitung epidemischer Krankheiten im Gouvernement St. Petersburg im Jahre 1888. Nach den Berichten der Landschaftsärzte. — St. Petersb.

Drushinin, M. J.: Ueber die Veränderungen des Gelenkknorpels bei der Exarticulation. Diss. — St. Petersb.

Ernst, K.: Das Stottern, seine Ursachen und Behandlung. — St. Petersb.

Gerassimowitsch, P. J. und Glinski, A. G.: Bericht über die Poltawa'sche Feldschererschule am Gouvernements-Landschaftshospitale und die Impfstation für das Jahr 1888. — Poltawa.

Grigorjew, N. J.: Die Landschaftsmedicin im Myschkinschen Kreise. — Jaroslawl.

Heydenreich, L. L.: Die medico-hygienische Ausstellung in St. Petersburg im Jahre 1889. — St. Petersb.

Kartschagin, L. G.: Beiträge zur Lehre von der relativen Trockenkost. Diss. — St. Petersb.

Kosich, K.: Ueber die Jamarow'schen und Dschergeiski'schen Mineralquellen; Beilage zu den Protokollen der Gesellschaft der Aerzte Ostsibiriens. — Irkutsk.

Kozin, M. B.: Versuch einer systematischen Beobachtung der Schwankungen der chemischen und bacteriologischen Bestandtheile des Wassers der Moskwa für die Jahre 1887—88. Diss. — Moskau.

Ljubimow, S. M.: Ueber den Einfluss der partiellen Leberexstirpation auf die Gallensecretion. — Warschau.

Neugebauer, F. L.: Audiatur et altera pars. Einige Bemerkungen bezüglich des Artikels von Lambl. — Warschau.

Nikolski, D. P.: Die Landschaftsmedicin im Jekaterinburgschen Kreise (die Jahre 1885—87). — Tschernigow.

Skrylnikow, W. T.: Bericht über den III. Congress der russischen Aerzte in St. Petersburg und die medicinisch-hygienischen Ausstellung. 3 Theile. — Jekaterinoslaw.

Ssinani, B.: Beschreibung des Kolmow'schen Krankenhauses für Geisteskranke. — Nowgorod.

Swjatlowski, W.: Die Glasfabrikation in sanitärer Beziehung. — St. Petersb.

Wischnewski, M. P.: Jahresbericht des Wladimir'schen Gouvernements-Landschaftshospitals für das Jahr 1887. — Wladimir.

1890.

Abutkow, A. D.: Ueber die hemmende Wirkung des Opium, Morphium und Codein auf die Magenverdauung und die Salzsäuresecretion bei Gesunden. Diss. — St. Petersb.

Alexejewski, W. J.: Zur Lehre von den Diureticis. Diss. — St. Petersb.

Arbeiten des physiologischen Laboratoriums der Moskauer Universität. Bd. II. — Moskau.

Bellin, E. F.: Der Process Gishden (Mord oder Selbstmord?). — Charkow.

Blumberg, P. M. Zur Frage der Möglichkeit einer radicalen Ausrottung der Cholera in der Theorie und über die Mittel zur Lösung dieser Aufgabe in der Praxis. — St. Petersb.



Djakonow, D. J.: Zur Frage der Wirkung des Alcohols auf Stickstoffassimilation und -umsatz bei Fiebernden. — St. Petersb.

Flërin, N. Th.: Zur Frage der Assimilation von natürlicher Butter und geschmolzenem Fett bei Gesunden. Diss. — St. Petersb.

Gubkin, G. J.: Ueber die Assimilationsfähigkeit des Leberthrans, des Lipanins und der Schmandbutter bei Gesunden. Diss. — St. Petersb.

Gwosdew, J. M.: Gerichtlich-medicinische Daten in der Hand der Juristen. Rede, geh. in der feierlichen Versammlung der Universität Kasan.

Iwanow, N.: Prophylaktische Maassnahmen bei der Behandlung von Infectionskrankheiten in Privatwohnungen. Die Desinfection der Wohnung nach Ablauf der Krankheit. — St. Petersb.

Jeremejew, J.: Zur Frage von dem Einflusse der feuchtkalten Abreibungen auf die Fettassimilation bei Gesunden und Kranken (Atonie des Darmes). Diss. — St. Petersb.

Kandinsky, W. Ch.: Ueber Pseudohallucinationen. Kritisch-klinische Studie. — St. Petersb.

Lasarenko, N. N.: Ueber den Zusammenhang der Mortalität an Lungenphthise in St. Petersburg mit der Dichtigkeit der Bevölkerung und meteorologischen Erscheinungen. Diss. — St. Petersb.

Mazkewitsch, W. G.: Zur Frage vom Einflusse reichlichen Wassertrinkens auf die Assimilation stickstoffhaltiger Substanzen der Nahrung und auf den Stickstoffumsatz bei Typhösen. Diss. — St. Petersb.

Mollesson, J. J.: Halbmonatlicher Rechenschaftsbericht des Sanitätsbureaus der Gouvernements-Landschaftsverwaltung über die Infectionskrankheiten im Gouvernement Ssaratow. № 4 und 5. — Ssaratow.

Muratow, A. A.: Medicinischer Bericht der Frauen-Heilanstalt und des Gebärhauses mit Freibetten für die Jahre 1886, 1887 und 1888. — Moskau.

Naumow, M. P.: Ueber einige pathologisch-anatomische Veränderungen des Augenhintergrundes bei neugeborenen Kindern. Diss. — St. Petersb.

Nawassartianz, B. A.: Zur Frage vom Einflusse der Essentuckiquelle № 17 auf Assimilation und Wechsel der Stickstoffverbindungen. Diss. — St. Petersb.

Neustab, J. T.: Die Schwindsucht und der Kampf der wissenschaftlichen Hygiene derselben. — St. Petersb.

Notkin, J. A.: Zur Frage der Entstehung des Ascites. Diss. — Kiew.

Orlow, W. D.: Ueber den nicht in der Steppe bereiteten Kumys und die Methodik der Kumysanalyse. — Kasan.

Pantjuchow, J. J.: Ueber den Wuchs einiger Stämme Transkaukasiens. — Tiflis.

Piontkowski, J. J.: Beiträge zur Frage vom Nährwerthe des Sauerkohls. Diss. — St. Petersb.

Rosenthal, E. K. u. Pogosski, W.: Bericht des Ssaratowschen Gouvernements-Landschaftshospitals und der chirurgischen Abtheilung f. d. Jahr 1888. — Ssaratow.

Sawadski, S. A.: Zur Frage vom Einflusse warmer Bäder auf den Stickstoffwechsel und die Assimilation der Stickstoffbestandtheile der Nahrung bei Gesunden. Diss. — St. Petersb.

Schtschazki, E.: Die Lehre von den Pflanzenalcaloiden, Glycosiden und Ptomainen. Th. I.: Die Pflanzenalcaloide. — Kasan.

Schtschepotjew, N. K.: Beiträge zur Epidemiologie der Cholera. Lief. I: Die Choleraepidemie im Gouvernement Kasan 1847—71. — Kasan.

Skabitschewski, W.: Zur Frage der Innervation der Harnblase. Diss. — Warschau.

Ssilitsch, L.: Rhinolithen und Fremdkörper der Nase. — Moskau.

Derselbe: Der Schnupfen, seine Formen und deren Behandlung. — Moskau.

Stratjewski, L. O.: Zur Frage vom Einflusse der Verdauung der Nahrung auf die Assimilation der Stickstoffbestandtheile derselben bei Gesunden. Diss. — St. Petersb.

Strom: Beschreibung und Einrichtung des Desinfectionsapparates nach dem Systeme von Prof. Dobroslawin und Dr. Strom. — St. Petersb.

Winokurow, J. J.: Beiträge zur Frage vom Einflusse des Saccharins auf die Fettassimilation bei Gesunden. Diss. — St. Petersb.

Woinowitsch, A. P.: Die Thätigkeit des krebskranken Magens. Diss. — St. Petersb.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

Ueber Massage des Herzens von Prof. M. J. Oertel. — München 1889. Joh. Finsterlin. — Preis Mk. 2.50.

Arbeiten aus der ersten med. Klinik zu Berlin, herausg. von Prof. E. Leyden. Bd. I. Oct. 1888—89. — Berlin 1890. August Hirschwald.

Die Frage des Ueberganges gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige, speciell nach intralaryngealen Operationen; Ergebnisse einer Sammelforschung unter den Laryngologen der Welt von Dr. Felix Semon in London. — Berlin 1889. August Hirschwald.

Frauenkrankheiten; ein kurzes Lehrbuch von Dr. C. G. Rothe. 3. umgearb. Aufl. — Leipzig 1890. Ambr. Abel.

Die Grundlagen der Bacteriologie. Rede von A. P. Fokker. — Leipzig 1889. F. C. W. Vogel.

Relieftafeln zur Prüfung der Sehschärfe etc.; vorläufige Mitth. von Dr. Louis Wolffberg. — Breslau 1889. Preuss & Jünger. — Preis 50 Pf.

A plea in favor of early laparotomy for catarrhal and ulcerative appendicitis, with the report of two cases by Prof. N. Senn. — (Sep.-Abdr.)

Воспаленіе яичниковъ (Oophoritis); лекція проф. К. Ф. Славянскаго. С.-Петербургъ. 1890 г.

Микроорганизмы раковыхъ новообразованій прив. доц. П. И. Кубасова (Sep.-Abdr.).

Клинико-санитарная микробіологія. Лекція I: о сибирской язвѣ, лек. II о дифтеритѣ и дизентеріи, прив. доц. П. И. Кубасова. (Sep.-Abdr.).

Die Arteriennaht. Inaug.-Diss. von Alexander Sassinowsky. Dorpat 1889.

Ueber die Methoden der mikroskop. Anatomie von Privatdoc. Oscar Israel. (Sep.-Abdr.)

Ein durch ein Dermoid herbeigeführter Fall von Lithiasis von Dr. Hugo Fellki. (Sep.-Abdr.).

Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre von Prof. Eduard Albert. 4. umgearb. Aufl. Bd. I. — Wien und Leipzig 1890. Urban & Schwarzenberg. — Preis 12 Mark.

Lehrbuch der allgem. und speciel. pathologischen Anatomie von Prof. Ernst Ziegler. 6. umgearb. Aufl. Bd. I. — Jena 1889. Gustav Fischer. — Preis 10 Mark.

Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie von Prof. Hermann Eichhorst. — Preis 12 Mk.

Kosmetik für Aerzte, dargestellt von Doc. Heinrich Paschkis. — Wien 1890. Alfred Hölder. — Preis 5 Mk.

Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde von Prof. Albert Eulenburg. Lief. 181—190. — Wien und Leipzig 1889. Urban & Schwarzenberg. — Preis pro Heft Mk. 1.50.

Handbuch der Kinderkrankheiten von Prof. C. Gerhardt. Bd. V, Abth. II.: Die Krankheiten der Muskeln von Prof. Seidel, des Gehörorganes von Prof. Tröltsch, des Auges im Kindesalter von Proff. Horner und Michel. — Tübingen 1889. H. Laupp. — Preis 12 Mk.

Wreden's Sammlung kurzer med. Lehrbücher; Berlin 1889. — Friedrich Wreden. — Bd. I.: Die Krankheiten der Frauen von Prof. Heinrich Fritsch. 4. umgearb. Aufl. Preis 10 Mark. — Bd. II.: Lehrbuch der physikal. Untersuchungsmethoden innerer Krankheiten von Prof. Hermann Eichhorst. 3. Aufl. 2. Bd. Preis 20 Mk. — Bd. VI. Lehrbuch der Kinderkrankheiten von Prof. Adolf Baginsky. 3. vermehrte Aufl. Preis 18 Mk.

Massage in der Frauenheilkunde von Dr. L. Prochownick. — Hamburg und Leipzig 1890. Leopold Voss. — Preis 4 Mk.

Das künstliche Trommelfell und die zu seinem Ersatze vorgeschlagenen Methoden von Dr. Rudolf Haug. — München 1889. Theodor Ackermann.

Norwegen und dessen klimatische Heilmittel von Dr. med. Daubler. — Berlin 1889. Carl Habel.

Mittheilungen aus der chirurgisch-orthopädischen Privatklinik des Privatdocenten Dr. A. Hoffa zu Würzburg, herausgegeb. von Dr. A. Hoffa. — München 1889. Joh. Finsterlin. — Preis Mk. 3.60.

Medicinischer Taschenkalender für prakt. Aerzte 1890 von Dr. C. Förster. — Riga 1890. Verlag von Jonck & Poliewsky.

Hydrotherapie für Aerzte von Dr. Schilling. — Berlin und Neuwied 1890. Heuser's Verlag (Louis Heuser).

Index Bibliographicus Syphilidologiae von Dr. Karl Szadek. — Hamburg & Leipzig 1889. Verlag von Leopold Voss. Preis M. 1,50. 1.—3. Jahrg.

Dr. Paul Börner's Reichs-Medicinal-Kalender für Deutschland. 1890. Theil II. Herausg. von Dr. S. Guttmann. — Leipzig.

Die Geschosswirkung der neuen Kleinkaliber-Gewehre von Prof. Dr. Paul Bruhns. Mit 7 Tafeln in Lichtdruck. — Tübingen 1890. Verlag der Laupp'schen Buchh. Preis Mk. 5,40.

Bleichsucht und Aderlass von Dr. A. Wilhelmi. — Güstrow 1890. Opitz & Co.

Arsberättelse fran Sabbatsbergs Sjukhus. I. Stockholm for 1888. Afgifven af Dr. F. W. Warfvinge.

Календарь для врачей на 1890 г. — С.-Петербургъ. Изданіе Риккера. Цѣна 1 р. 80 к.

Atti della R. Accademia dei Fisiocritici di Siena. Serie IV. Vol. I. Fascicolo 1—9. — Siena 1889.

The surgical treatment of volvolus by Prof. N. Senn, M. D. From the Medical News. Nov. 1889.

Concealed Pregnancy — its Relations to Abdominal Surgery by Albert Vanderveer, M. D. Ph. D. — Reprinted from the journal of the Americ. med. Association. Oct. 1889. — Chicago 1889.

Дозв. ценз. Спб. 22 Іюля 1890 г. Herausgeber Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.



UEBERSICHT

UEBER DIE

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 6. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1890.

Medizinskoje Obosrenije № 6.

Filatow: „Zur Diagnose einiger Formen der larvirten Malaria".

Bei Kindern kommen nicht ganz selten acute und chronische larvirte Sumpffieber vor, erstere meist unter dem Bilde der Ruhr, letztere unter demjenigen eines chronischen Darmcatarrhs. *Die Malariaruhr* wird charakterisirt: 1) durch Intermittenz oder grosse Reichlichkeit des Durchfalles, 2) oft durch initiale hohe Temperaturen, welche rasch abfallen und 3) durch rasche Heilung derselben mittelst Chinin. *Die chronische Malariadiarrhoe* zeichnet sich aus: 1) durch tägliche, meist Nachts oder früh Morgens auftretende Durchfälle; 2) Erhaltensein des Appetits bei reiner Zunge und guter Magenverdauung; 3) geringe Störung des Allgemeinbefindens: 4) Fortdauern des Durchfalles selbst bei allerstrengster Diät; 5) Heilung durch Chinin, während Opium und Adstringentien unwirksam bleiben.

Zum Schlusse räth Verfasser folgende Momente zu beachten, um die zuweilen wunderlichen Formen der Malaria zu erkennen: 1) an Malaria zu denken, wenn irgend welche Symptome sich wiederholen; 2) nur selten zu eingreifender symptomatischer Behandlung zu greifen, besonders im Beginne der nicht genau festgestellten Krankheit; 3) die Intermittenz allein berechtigt noch nicht zur Diagnose einer Malaria, man muss die Chininwirkung abwarten; 4) Milzschwellung ist bei acuter Malaria nicht immer vorhanden, ein chronischer Milztumor kommt aber bei Kindern so häufig vor, dass er nur dann eine diagnostische Bedeutung hat, wenn er während der Beobachtung sich entwickelt; 5) die larvirten Formen der Malaria äussern sich bei Kindern meist in Form von Durchfällen.

N. Etlinger: „Zur Casuistik der angeborenen Herzfehler".

Ein Fall von Atresie der Lungenarterie, Verengerung des Conus arteriosus, Ursprung der Aorta aus dem rechten Ventrikel bei offenem Foramen ovale und Ductus Botalli, mangelhafte Entwickelung der Ventrikelwand und Einmündung der rechtsseitigen Lungenvenen in den rechten Vorhof.

Sehr genaue Krankengeschichte mit diagnostischen und literarischen Daten.

Pletner: „Ein Fall von eitriger Pleuritis mit schweren Gehirnzufällen".

Bei einem 6-jähr. Knaben traten in der 3. Woche einer eitrigen Pleuritis nach vorhergehendem Coma epileptische Krämpfe auf, mit unregelmässiger Vertheilung derselben auf die Körpermusculatur. Eine Ausspülung der kranken linken Pleurahöhle förderte nur etwa 2 Esslöffel voll dünnen Eiters zu Tage; Tags darauf wurde partielle Rippenresection unter Chloroform gemacht und dabei recht viel dicker Eiter entleert; am 24. Tage wurde das Kind gesund entlassen, die Krämpfe und die Bewusstlosigkeit hörten erst am 3. Tage auf; während dieser ganzen Periode war Eiweiss im Harn vorhanden nebst rothen und weissen Blutkörperchen und körnigen Cylindern. In der *Epikrise* bespricht Verf. die Aetiologie der Bewusstlosigkeit und der Krämpfe, welche entweder urämischen Ursprungs sein, oder auf, durch das Exsudat bedingter Gehirnanämie beruhen konnten. Endlich konnten sie auch durch die Ausspülung bedingt worden sein, was Cérenville (Rev. médicale 1888) in einer Reihe von Fällen gesehen hat; Verf. leugnet bei seinem Kranken diese Möglichkeit nicht ab, spricht sich aber nicht für eine dieser Erklärungen mit Bestimmtheit aus.

Oscherowski: „Ein Fall von Katalepsie".

4 Monate lang anhaltender kataleptischer Zustand mit Aufhebung des Bewusstseins, der Sensibilität bei einem 25-jährigen, erblich nicht belasteten, hysterischen Manne, der mit 17 Jahren 6 Monate lang an hallucinatorischem Wahnsinne gelitten hatte. Der kataleptische Zustand trat nach einem kalten Bade im Schwarzen Meere ein und hörte plötzlich auf, die Heilung erfolgte sehr langsam, es traten intercurrent kurzdauernde kataleptische Zustände auf.

Borschtschow: „Ein Fall von Cerebropathia psychica toxämica polyneuritica".

Eine 27-jähr. Frau erkrankte, 2 Wochen nachdem sie normal geboren hatte, an einer normal verlaufenden rechtsseitigen croupösen Pneumonie; drei Wochen später periodischer Verlust des Gedächtnisses und Verwirrtheit, Schmerzen in der Magengrube und den Extremitäten. *Status praesens*: Schmerzhaftigkeit der Halswirbel, zwischen den Kopfnickern und den Scalenis beiderseits, im Scrobiculum cordis und Sulcus intermuscularis brachii internus, den Intercostalräumen, dem rechten und linken N. cruralis, den rechtsseitigen Oberschenkelmuskeln. Patellarreflexe vorhanden. Drei Tage später periodische Gesichtshallucinationen und maniakalische Aufregung; objectiv nur Vergrösserung der nicht palpablen Milz. Die Hallucinationen verschwanden nach 2 Gaben zu Gr. X Chinin. sulphur.

Verf. stützt seine Diagnose: Malariapsychose auf die periodisch auftretenden Hallucinationen, die vergrösserte Milz und die glänzende Chininwirkung und reiht sie den von Korssakow genauer studirten toxämischen polyneuritischen Cerebropathien an. cfr. Korssakow 1889. Jeshenedeln. klin. Gas. 5—7 und Mediz. Obosr. 13.

Goronowitsch: „Uebersicht über die Fortschritte der mikroskopischen Technik für 1889".

Perelzweig: „Beiderseitige Gynäkomastie".

Ein Fall bei einem 18-jähr. Hebräer (mit Abbildung und genauer Besprechung der einschlägigen Literatur).

Neboljubow: „Ein Fall von angeborenem Anophthalmus".

Vollständiger angeborener Mangel beider Bulbi bei einem zweijährigen, sonst völlig gesunden Kinde.

Bogdanow: „Skizze der sanitären Verhältnisse in den Bauerhäusern des Kirssanow'schen Kreises".

Zum Referate nicht geeignet. Hinze.

Bolnitschnaja gaseta Botkina № 1—12.

N. J. Ssokolow: „Die Krankheitsgeschichte von Ssergei Petrowitsch Botkin". Vortrag, gehalten in der Sitzung der Gesellschaft russ. Aerzte am 12. Jan. 1890. (№ 1—2).

S. P. Botkin: „Ein Fall von Carcinom der Pars pylorica ventriculi". Zwei klinische Vorträge. (№ 1—4).

W. A. Ratimow: „Eine seltene Schussverletzung des Kopfes". Aus dem städt. Alexanderhospital. (№ 1—2).

Werthvoller klinischer Beitrag zur Lehre der Localisation des corticalen Sehcentrums. — Revolverschuss bei einem 22-j. Manne, Einschussöffnung (4—5 Mm.) in der rechten Scheitelbeingegend, 8 Ctm. über dem Meat. audit. ext. und 3 Ctm. nach hinten von der durch den äusseren Gehörgang gezogenen Verticalen; Depression des Knochenfragmentes. Sofortige doppelseitige Erblindung, Pupillen wenig erweitert, Reaction erhalten, Augenbewegungen und ophthalmoskop. Befund völlig normal, von Seiten des Nervensystems — keine Störungen. Am 3. Tage wurden die Knochensplitter extrahirt und die in der Wunde liegenden Blutgerinnsel nebst zertrümmerter Hirnsubstanz entfernt; in den nächsten 5 Tagen vorübergehende Fieberbewegungen. 10. Tag: S = № 100 der Krükow'schen Tafeln in 5 Fuss, Farbensinn intact, *beiderseitiger Defect der linken Gesichtsfeldhälfte*; ophthalm. — normal. In der Folge stellte sich Eiterung aus der Wunde und Prolapsus cerebri ein. Nach 6 Wochen: Verlust der Sprache von 3-tägiger Dauer, Parese des r. Facialis und des r. Armes, nach weiteren 2 Wochen epileptiforme Krämpfe, tiefer Sopor. S beiderseits = Handbewegungen auf 1 Fuss, Hemianopsie wie vorhin, ophthalmoskopisch: doppelseitige *Neuroretinitis*, rechts temporale Papillenabblassung. Im weiteren Verlaufe ging die Parese zurück und nahm das S zu. Ca. 4 Monate nach dem Unfalle abermalige Verschlimmerung (Somnolenz, heftiges Kopfweh, Muskelcontractionen), Tod 6 Monate nach der Verletzung.

Section: Der Defect des Scheitelbeins hat 3,5 Ctm. im Durchmesser; Gehirnsubstanz in der Ausdehnung von 4 Ctm. zertrümmert (nach hinten und unten vom Endstück der Fossa Sylvii, *in den hinteren Abschnitten der Parietal- und den anliegenden Occipitalwindungen;* Gyrus angularis mitbetroffen). Dura mit der Hirnsubstanz verbacken. In beiden Hinterhauptlappen je eine mit Eiter und Detritus gefüllte Höhle; *von der Substanz der Occipitallappen ist nur stellenweise eine dünne Schicht der Rinde erhalten.* Die Kugel liegt im linken Occipitallappen, der Schusscanal verläuft von vorn oben nach hinten unten. Sonst im Gehirn — keine Läsionen.

Die Beobachtung entspricht in hohem Maasse den Resultaten der experimentellen Untersuchungen von Munck.

N. P. Wassiljew: „Ueber die operative Behandlung pleuritischer Exsudate". (№ 1—4, 9, 10).

Ausführliche Wiedergabe des auf dem III. Congresse russischer Aerzte gehaltenen Vortrages (Ref. pag. 19 des Jahrg. 1889 dieser Wochenschrift).

S. E. Krupin: „Das Sublimat als Desinfectionsmittel für Wohnräume". (№ 1—4, 7, 8).

Beschreibung des Verfahrens, welches Verf. im Laufe der letzten 5 Jahre in verschiedenen Krankenhäusern, Asylen und Pri-



vatwohnungen angewandt hat. Das Sublimat (1 : 1000—1 : 2000 mit Natr. chlor.) wird sowohl zum Irrigiren der Wände, Lagen, Dielen und grösserer Möbelstücke, als auch zum Pulverisiren und Abwaschen des Hausgeräthes benutzt. Zur Berieselung dient eine gewöhnliche Gartenspritze, und soll dieses Verfahren, neben vielen anderen Vorzügen, noch den Vortheil besitzen, dass die Intoxication der Arbeiter vermieden wird. Das Zerstäuben geschieht vermittelst eines Pulverisators mit Blasebalg und Glas- oder Kautschukröhren (Metallröhren unpraktisch). Die Bürsten, mit denen Möbel und Hausgeräthe gewaschen werden, sind in den verschiedensten Grössen vorräthig zu halten. Nachträglich werden die Räume und Möbel mit 1% Sodalösung behandelt (Guttmann-Merike). Kleidung, Wäsche und Betten müssen mit Dampf desinficirt werden. Zum Schlusse illustrirt Verf. durch einige Beispiele die Wirksamkeit der Sublimat-Desinfection.

E. A. Golowin: „Gedächtnissrede auf S. P. Botkin", gehalten am 22. Dec. 1889 in der Versammlung der Aerzte des Marien-Hospitals. (№ 3—4).

E. Bernazki: „Ein Fall von Hystero-Neurasthenie bei einem Manne". Aus der therap. Klinik des Prof. Popow in Warschau. (№ 3—4).

24-jähr. Eisenbahnbeamter mit hereditärer Belastung (hochgradig hysterische Mutter und Schwester), Verdacht auf Onanie. Ausbruch der Krankheit durch psychische Gelegenheitsursache (Tod der Mutter); erster Anfall: Oppression auf der Brust, Globus, Weinkrampf, Bewusstseinsverlust. In der Folge — ähnliche Anfälle, nebst häufigen Pollutionen und heftigem Kopfweh, Paraplegie der Unterextremitäten.

Status bei der Aufnahme in die Klinik: Kopfschmerzen, namentlich in den Schläfen. Abschwächung des Gedächtnisses, leichte Ermüdung bei geistiger Beschäftigung, hochgradige psychische Depression, Schlaflosigkeit; Schmerzen in der Wirbelsäule, Druckempfindlichkeit mehrerer Dornfortsätze (Dorsal- und Lumbaltheil), Herabsetzung der Muskelkraft (dynamometrisch nachgewiesen); nervöse Dyspepsie, häufige Pollutionen, Herabsetzung des Geschlechtstriebes, leichte Erregbarkeit der Vasomotoren; ausgesprochene linksseitige Hemianästhesie (Kopf, Rumpf, Extremitäten), auch die Geschlechtsorgane auf der linken Seite anästhetisch; Verlust des Muskel- und Temperatursinnes; Gesichtsfeld beiderseits eingeengt, links stärker; Paraplegie der Unterextremitäten, keine Contracturen, keine Ataxie. — Heilung bei expectativer Behandlung (Brom, Arsenik, Eisen).

In seiner Beobachtung sieht Verf. einen weiteren Beleg für die Existenzberechtigung des von der Charcot'schen Schule aufgestellten und noch vielfach angestrittenen nosologischen Begriffes der männlichen Hysterie und Hystero-Neurasthenie.

M. M. Tschelzow: „Ueber die Behandlung Scorbutkranker mit strenger Milchdiät". Aus dem Börsenhospital in Rybinsk. (№ 5—10).

Die Erfahrungen des Verf. beziehen sich auf 30 in der angeführten Weise behandelte Fälle (vornehmlich Wolga-Schiffer). Die strenge Milchdiät coupirt den Process in jeder Periode seines Verlaufes und beugt Recidiven vor. Die Heilungsdauer wird beträchtlich abgekürzt (in 19 F. — 8 Tage, in 5 F. — 14 Tage, in 47 F. — 3 Wochen). Zusatz anderer Nahrungsmittel zur Milch hält die Heilung auf. Die Symptome anlangend, hören zunächst die Gliederschmerzen und die psychische Depression auf; hierauf kehrt die zuweilen gesteigerte Temperatur zur Norm zurück (am 1.—5. Tage, am häufigsten am 2.—3. Tage); die Schwellung der Extremitäten, die Infiltrate und die Schmerzhaftigkeit der Muskeln schwinden, das Gleiche gilt für die Gelenkcontracturen, Ecchymosen, Sugillationen, Gingivitis. — Die Milch wurde in aufsteigender Quantität verabfolgt (am 1. Tage 3—5 Glas, jeden weiteren Tag ½—1 Glas mehr), dabei ausser Borsäurelösung (als Mundwasser) nichts Medicamentöses gegeben.

Indem wir den Leser wegen der ausführlichen und interessanten Krankengeschichten auf das Original verweisen, sei hier noch erwähnt, dass nach den Erfahrungen des Verf. dasjenige Organ, welches durch die Beschäftigungsart am meisten in Anspruch genommen ist, auch am stärksten vom Scorbut afficirt wird, so bei Matrosen die Beine, bei Ruderern die Arme und die Bauchmuskulatur, bei Lootsen die Augen.

Liwschitz: „Ein Fall von Icterus mechanicus, bedingt durch Carcinom des Pankreas". Aus dem städt. Alexander-Hospital. (№ 5—6).

Die intra vitam gestellte Wahrscheinlichkeitsdiagnose wurde durch die Section bestätigt: Carcinom des Caput pancreatis, Compression des Duct. choledochus und pancreaticus, Erweiterung der Gallenblase und der Acini der Bauchspeicheldrüse; im Schwanztheil der letzteren eine faustgrosse Cyste mit serösem Inhalte. — Zu beachten ist, dass im vorliegenden Falle nach Eingabe von Salol die Reaction auf Salicylsäure im Harne positiv ausfiel; auf Grund dieser Thatsache bestreitet L. die Verwerthbarkeit der Salolprobe für die Diagnostik der Pankreaserkrankungen (vergl. Ewald und Sivers: Therap. Monatsh., Aug. 1887).

W. P. Dobroklonski: „Das Dengue-Fieber". (№ 5—6).

Parallele zwischen dem in den tropischen und subtropischen Gegenden endemischen Dengue-Fieber und der letzten Influenza-Epidemie in Europa.

W. A. Ratimow: „Die operative Behandlung der irreponiblen traumatischen Hüftgelenksluxationen". Aus dem städtischen Alexander-Hospital. (№ 7, 8, 11, 12).

Ausführliche Besprechung der Indicationen und Kritik der verschiedenen Operationsmethoden auf Grundlage von 20 Fällen aus der Literatur und der folgenden eigenen Beobachtung: 19-jähr. Mann, Luxatio obturatoria rechts, wiederholte vergebliche Repositionsversuche. Operation 5 Monate nach stattgehabtem Trauma: 15 Ctm. langer Schnitt von der äusseren Fläche des Trochanter maj. zur Crista ilei; Acetabulum mit derbem fibrösem Gewebe ausgefüllt, um das im Foram. obtur. eingekeilte Caput femor. ein neugebildeter Knochenwall. Natanson.

Chirurgitscheskij westnik, Februar — Mai.

N. N. Filippow und M. M. Kusnezow: „Zur Diagnostik, Pathologie und Therapie der retroperitonealen Geschwülste". Aus der chirurgischen Klinik des Prof. W. F. Gruber. (Februar.)

Mittheilung von drei einschlägigen Fällen aus der Charkower Klinik, und zwar: 1) eines sehr grossen median gelegenen Fibroma lipomatodes, das wegen ausgedehnter Verwachsungen nicht entfernt werden konnte; 2) eines enorm rasch wachsenden linksseitigen Lymphosarcoms, dessen Entfernung versucht wurde, aber wegen heftiger Blutung nicht durchgeführt werden konnte; und 3) eines rechtsseitig gelegenen harten, knolligen Tumors, dessen Diagnose offen blieb, da die Trägerin desselben sich zu keinem chirurgischen Eingriff verstand. Die beiden ersten Fälle endeten mit dem Tode im Anschluss an die Operation.

Die allgemeinen Betrachtungen des Verf. enthalten keine neuen Gesichtspuncte.

M. P. Wischnewski: „Kurze Uebersicht über die chirurgische Thätigkeit des Wladimir'schen Gouvernements-Landschafts-Hospitals in den Jahren 1884—1889". (Februar und März.)

Verf. macht zunächst einige Angaben über die Einrichtungen seines Hospitals, die gebräuchlichen Verbände, den allgemeinen Charakter seines Materials u. s. w. und unterzieht dann einer genaueren Würdigung die Steinoperationen, die Laparotomien und die Amputationen und Resectionen. Betreffs der ersteren bevorzugt er, gestützt auf ein nicht unbedeutendes Material und gute Erfolge, die Sectio lateralis und in geeigneten Fällen die Lithotripsie. Den hohen Steinschnitt will er, so lange die Blasennaht nicht mit einiger Sicherheit die prima intentio garantirt, nur für Ausnahmefälle zulassen. Die Ausführungen des Verf. tragen den Stempel guter Beobachtungsgabe und selbständigen Denkens. In der Stellung der Indicationen für jede der von ihm geübten Operationsmethoden weicht er übrigens nicht erheblich von den allgemein giltigen Anschauungen ab.

Bezüglich der anderen erwähnten Operationsgruppen ist natürlich das vorliegende Material ein sehr viel spärlicheres und genügt daher ein Hinweis auf dieselben. (Cfr. die Arbeit von Bogdanow, s. u.)

P. F. Bogdanow: „Zur kurzen Uebersicht über die chirurgische Thätigkeit des Wladimir'schen Gouvernements-Landschafts-Hospitals in den Jahren 1884—1889". (März.)

Ein Nachtrag zu dem Hospitalsbericht von Wischnewski, enthaltend die Krankengeschichten dreier schwerer Fälle mit glücklichem Ausgang. Erwähnt zu werden verdient eine offene Schädelwunde in der Scheitelgegend mit Vorfall von Hirnmasse, entsprechend dem oberen Theile der Centralwindungen der linken Grosshirnhemisphäre. Dabei rechtsseitige Hemiplegie und Aphasie. Das Endresultat bestand in fast völliger restitutio ad integrum, bei mässiger Atrophie des Triceps brachialis und Extensor digit. communis. Einige Monate nach der Verletzung wurden einige epileptische Anfälle von exquisit corticalem Charakter beobachtet.

M. P. Manassein: „Die therapeutische Bedeutung des Wasserstoffhyperoxyds". (März.)

Eine vorläufige Mittheilung über Versuche, welche Verf. im Laufe von 3 Jahren mit dem erwähnten Mittel angestellt hat. Dasselbe hat verschiedene unstreitige Vorzüge: ruft weder locale noch allgemeine Reaction hervor, hat keinen unangenehmen Geruch, greift Hände und Instrumente nicht an, verdirbt nicht die Wäsche, ist dabei nicht theuer zu nennen und hält sich bei einiger Vorsicht auch hinreichend lange unzersetzt. Eine besondere Bedeutung vindicirt Verf. demselben für die abortive Behandlung des Trippers, sowie als Wasch- und Spülflüssigkeit zur Prophylaxe desselben.

K. G. Stoll: „Ein Fall von Echinokokkotomie". (März.)

Sehr ausführliche Mittheilung eines Falles von Leberechino

kokkus. Einzeitige Operation mit glücklichem Ausgang. Dazu ein Referat über sonstig gebräuchliche Operationsmethoden.

N. A. Blagoweschtschenski: „Zur Frage von der Cholecystoenterostomie". Aus der Klinik des Prof. Tillaux, Hôtel Dieu in Paris. (April-Mai.)

Mittheilung eines einschlägigen, von Tillaux operirten Falles, nebst kurzen Referaten über drei ältere Fälle von Bardenheuer, Mayo Robson und Terrier. Tillaux operirte wegen totalen Choledochus-Verschlusses durch ein Carcinom des Pankreaskopfes, und zwar zum Theil aus Rücksicht auf die Schwäche des Patienten, in drei Zeiten: 1) Eröffnung der Bauchhöhle; Constatirung der Geschwulst im Pankreaskopf; Fixirung der nächsten Dünndarmschlinge an die Gallenblase; Eröffnung und Ausspülung der Gallenblase und Einnähung der Fistel in die Bauchwunde. 2) 9 Tage später Eröffnung des Dünndarms zunächst der Gallenblasenfistel und Anlegung einer Klemmpincette mit einer Branche in die Gallenblase, mit der anderen in den Darm behufs Herstellung einer Communicationsöffnung zwischen beiden. 3) 18 Tage später, als das zuletzt erstrebte Resultat gesichert erschien, plastischer Verschluss der Gallenblasenbauchfistel. Nach dieser Operation erfolgte nur theilweise prima intentio. Tillaux war geneigt, für diesen Umstand eine während des Transportes des Kranken in das Operationszimmer acquirirte catarrhalische Pneumonie verantwortlich zu machen, welche auch zum Theil den 3 Wochen später erfolgten Exitus letalis mitverschuldet haben mag. Die Fistel war nicht völlig geschlossen, zwischen Gallenblase und Darm (zwei Meter vom Duodenum entfernt) eine hinreichend weite Communication hergestellt. Das Peritoneum ausser den localen Verwachsungen normal. Carcinoma pancreatis, hepatis, glandular. lymphat.

K. G. Smigrodski: „Zur operativen Behandlung der Hämorrhoiden bei gemischter Narkose mit Chloroform und Cocain". [Aus dem städtischen Peter-Paul-Hospital in St. Petersburg]. (April-Mai).

Im erwähnten Krankenhause ist durch Dr. Dombrowski unabhängig von Obalinski die durch Letzteren bereits bekannte gemischte Chloroform-Cocainnarkose ausgebildet worden: Einleitung der Narkose durch Chloroform und Fortführung der Anaesthesie durch subcutane Einspritzung von 5% Cocainlösung (1—1½ Gran Cocain. muriat.). Verf. theilt 20 bei solcher Narkose operirte Fälle von Hämorrhoiden mit. Dieselbe hat sich in jeder Beziehung bewährt. Operirt wurde in der allgemein üblichen Weise durch Abtragung der abgeklemmten Knoten mittelst des Thermocauters. Zum Abklemmen wurde die Zange von Jones wegen ihres festeren Schlusses der Langenbeckschen vorgezogen. Zur Tamponade des Rectums während der ersten Tage nach der Operation diente ein dickes, mit Jodoformgaze umwickeltes Drainrohr, welches Abgang von Gasen und dadurch einen möglichst geringen Grad von Meteorismus gewährleistete.

G. J. Rodsewitsch: „Die Steinkrankheit im Osten Russlands". (April-Mai).

Eine Arbeit von mehr ethnologischem als chirurgischem Interesse, welche auch trotz der anerkennenswerthen Vollständigkeit, mit der das augenblicklich zu beschaffende Material ausgenutzt worden ist, wegen der naturgemässen Spärlichkeit des letzteren kaum endgiltige Resultate liefern konnte. Aus derselben geht hervor, dass im Osten des europäischen Russlands und in ganz Sibirien die Steinkrankheit sehr selten ist. Dasselbe scheint von den russischen Besitzungen in Central-Asien zu gelten. Aus Chiwa hat Henry West eine Serie von 19 Lithotomien veröffentlicht. Auf viele ethnologisch interessante Einzelheiten der vorliegenden Arbeit einzugehen, ist hier nicht der Ort.

M. A. Wassiljew: „Bericht über die Thätigkeit der Baracke des Rothen Kreuzes auf den Namen Kaiser Alexander II. in Warschau für das Jahr 1889". (April-Mai).

Aus demselben verdienen erwähnt zu werden: ein Fall von Unterbindung sämmtlicher Schilddrüsenarterien wegen Kropf und die Exstirpation einer strumös entarteten Nebenschilddrüse, beide Operationen mit glücklichem Ausgang.

N. Benissowitsch: „Zur Frage der Wiederherstellung des Dammes durch Lappenbildung (Lawson Tait)". (April-Mai).

Verf. referirt die ganze Geschichte der Perinaeoplastik von Dieffenbach an, beschreibt die Methode von Lawson Tait, erwähnt 6 nach derselben (übrigens nicht von ihm selbst) mit Glück operirte Fälle, und schliesst mit der Prophezeihung, dass diese Methode alle übrigen verdrängen werde.

G. J. Turner: „Ueber die Behandlung von narbigen Stricturen des Oesophagus". (April-Mai).

Nach einigen historischen Vorbemerkungen theilt Verf. einen von ihm geheilten Fall von doppelter Oesophagusstrictur mit. Dieselbe war durch Verschlucken irgend einer Mineralsäure ungefähr ein Jahr vor Beginn der Behandlung entstanden und erwies sich bei der Sondirung vom Munde her als absolut undurchgängig. Gleichzeitige extreme Inanition gab die Indication zu der zweizeitig in dreitägigem Intervall ausgeführten Gastrostomie. Die Fistel wurde absichtlich eng, nur eben passirbar für ein dünnes Drain angelegt, und letzteres nur vorübergehend behufs Eingiessung flüssiger Nahrung eingeführt. Ausfluss von Mageninhalt und Selbstverdauung der Fistelränder konnten so vermieden werden. 12 Tage nach Eröffnung des Magens begannen die schliesslich von vollem Erfolg gekrönten Versuche, die Stricturen (eine untere röhrenförmige 38—29 Ctm., und eine klappenartige 14 Ctm. hinter den Schneidezähnen) durchgängig zu machen. Etwas über zwei Wochen später ging man dann zur Sondirung und Ernährung per os über, und nach etwa einem Jahre konnte die Fistel plastisch geschlossen werden. In dieser Zeit sondirte sich die Kranke bereits selbst alle 3—4 Wochen. Zum Schluss einige Notizen über ähnliche Fälle aus der Literatur. Grubert.

Wojenno-medizinskij shurnal, Januar—März.

I. Selenew: „Die Behandlung der Syphilis mit tiefen Injectionen von gelbem Quecksilberoxyd [Hydrargyr. oxydatum flav.]". (Jan.-Febr.).

Verf. lobt das gen. Mittel, welches er an 48 Pat. angewandt hat, und zwar sagt er: „Das gelbe Quecksilberoxyd in grossen Dosen (1½—2 Gr.) ist ein auf alle syphilitischen Affectionen vorzüglich einwirkendes Mittel. Kleine Dosen (½ Gr.) in jeden Glutaeus wirken viel schwächer. Wegen der vorzüglichen therapeutischen Wirkung und den verhältnissmässig unbedeutenden allgemeinen und örtlichen Complicationen sind 2 gleichzeitige Injectionen von gelbem Quecksilberoxyd in 2-graniger Dose unbedingt den Calomelinjectionen vorzuziehen und können ohne Unterbrechung der Beschäftigung der Pat. fortgesetzt werden. Das Mittel wird in der Form einer 20—25% Suspension angewandt.

A. A. Lindström: „Zur Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injectionen von metallischem Quecksilber in der Form von Oleum cinereum". (Febr.-März).

Die Resultate der Beobachtungen sind: Oleum cinereum wirkt sehr langsam auf die Krankheitserscheinungen ein; das Exanthem schwindet nicht immer; es entstehen häufig Infiltrate, Stomatitis; Recidive sind häufig; die Injection ist sehr schmerzhaft; Embolie ist möglich.

M. Selenezki: „Materialien zur Beurtheilung der Wirkung von heissen Wannen im Vergleich mit Pilokarpin und heissen Einwickelungen bei Nephritikern". (Febr.).

F. Ch. Godsaezki: „Der Abdominal-Typhus im Warschauer Ujäsdow'schen Militär-Hospital im Jahre 1888". (Febr.).

E. Tarnowski: „Eine Epidemie von Blennorrhoe der Augen im 132. Bender'schen Infant.-Regiment in Kiew". (März).

Die Epidemie wurde durch einen Soldaten eingeschleppt und beschränkte sich schliesslich auf 10 Fälle, dank den energischen, praktischen und gründlichen Maassregeln der Desinfection und Isolirung der Kranken.

P. J. Kraws-Tarnawski: „Ueberblick über die im Laufe der Lagerzeit 1889 in den chirurgischen, Ohren-, Augen- und syphilitischen Kranken-Abtheilungen des combinirten Divisionslazareths der 33. Infanterie-Division beobachteten Erkrankungen". (März). Grimm.

Praktitscheskaja medizina 1889.

1) Originalien:

G. J. Orschanski: „Klin. Vorles. über die Neurosen (Hysterie, Neurasthenie, Hypochondrie und Epilepsie)".

W. A. Stange: „Die Rolle des lymphatischen Systems in der Lehre von der Massage".

2) Uebersetzungen:

Schröder: „Lehrbuch der Geburtshilfe"; übers. von S. S. Sserebrennikow.

Lewandowski: „Elektrodiagnostik und Elektrotherapie"; übers. von A. G. Feinberg.

Charcot: „Poliklinische Vorlesungen".

Hammond: „Die sexuelle Impotenz bei Männern und Frauen"; übers. von A. G. Feinberg.

Ewald: „Ueber die Methoden der Untersuchung des Magens und seines Inhaltes" (aus: Klinik der Verdauungskrankheiten); übers. von E. B. Blumenau.

Leube: „Specielle Diagnostik der inneren Krankheiten"; übers. von S. S. Sserebrennikow, mit Anmerkungen v. Prof. M. J. Afanassjew.

Oertel: „Die diätetisch-mechanische Behandlung der chronischen Herzmuskelerkrankungen"; übers. von M. B. Blumenau.

3) „Nowosti Mediziny" (Beilage):

N. G. Freiberg: „Der gegenwärtige Stand der Frage von der Anwendung des Jodoforms in der chirurgischen Praxis".

E. B. Blumenau: „Ueber die Möglichkeit des Ueberganges

gutartiger Neubildungen des Kehlkopfes in bösartige nach intralaryngealen Operationen".

Derselbe: „Ueber die Verbreitungswege der Tuberculose und über die Maassregeln zur Verhütung derselben".

M. D. Chanutina: „Die Behandlung der Frauenkrankheiten nach der Brandt'schen Methode".

M. A. Raskina: „Die Septicämie und Pyämie vom gegenwärtigen ätiologischen Standpuncte".

Dieselbe: „Die gegenwärtige Lehre vom Wesen und der Entstehung des Puerperalfiebers".

L. Krilitschewski: „Ueber die Behandlung des Keuchhustens mit Antipyrin". B.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

Akustische Untersuchungen über die Nasenvocale von Dr. Loewenberg in Paris. Sonderabdruck aus der Deutsch. med. Wochenschrift 1889, № 26. Guttmann.

Die Compressionsmyelitis bei Caries der Wirbelsäule; eine path.-anatom. u. experiment. Studie von Dr. Hans Schmaus (München). — Wiesbaden 1890. J. F. Bergmann. Preis Mk. 6.

Audiatur et altera pars! Worte der Abwehr gegen Prof. W. D. Lambl von Dr. F. L. Neugebauer (Sohn). — Warschau.

Die Influenza, ihre Heilung und Verhütung, ihr Wesen und ihre Geschichte von Dr. A. Walter. — Wien 1890. M. Breitenstein. Preis Mk. 1,—.

Ueber die historische Entwickelung der öffentlichen Gesundheitspflege. Rede von Prof. Aug. Hirsch. — Berlin 1889. Aug. Hirschwald.

Ueber die Gefahr von Quecksilbercuren bei Syphilis mit gleichzeitigem Diabetes von Dr. J. E. Güntz (Dresden). — (Sep.-Abdr. aus „Memorabilien".)

Beobachtungen über das Athmen unter dem erhöhten Luftdruck von Dr. G. v. Liebig. — (Sep.-Abdr. aus „Arch. f. Anat. u. Physiol.)

Разорванная рана покрововъ membri virilis съ послѣдовательнымъ его вывихомъ подъ кожу мошонки. — С. Малиновскаго (Отд. от. „Хирург. вѣстникъ").

Медицинскій отчетъ женской лечебницы и родовспомогательнаго заведенія съ безплатными койками за 1886—88 годы, Л. А. Муратова. — Москва 1890.

Болѣзненныя разстройства памяти и ихъ діагностика, С. С. Корсакова. — Москва 1890.

Das Wesen der Influenza mit spec. Berücksichtigung der Ohrsymptome von Dr. Michael (Hamburg). — Sep.-Abdr.

Ein Beitrag zur Casuistik der congenitalen halbseitigen Gesichtshypertrophie von Dr. Ernst Kiwull. — Sep.-Abdr.

Къ вопросу о вліяніи массажа живота на свойства желудочнаго сока при хроническихъ катаррахъ желудка. И. З. Гопадзе. — От. от.

Къ вопросу о физіологическомъ дѣйствіи холодныхъ, безразличныхъ, горячихъ и щотляндскихъ душъ на здороваго человѣка. И. Гопадзе и С. Вацадзе. — От. от.

Etude anthropométrique sur les prostituées et les voleuses par le docteur Pauline Tarnowsky. — Paris 1889. Lecrosnier & Babé.

Die Verbreitung des Herpes Zoster längst der Hautgebiete der Arterien etc. von Dr. L. Pfeiffer. — Jena 1889. Gust. Fischer. — Preis 1 Mk.

Technik der histologischen Untersuchung pathol.-anatom. Präparate von Dr. C. v. Kahlden. — Jena 1890. Gustav Fischer. — Preis 2 Mk.

Compendium der Zahnheilkunde von Dr. med. Josef Abonyi. — Wien 1889. Wilhelm Braumüller.

Klinische Vorträge zur Chirurgie der Pleura und der Lungen von Prof. J. Hofmokl. — (Klin. Zeit- u. Streitfragen. Bd. III, Heft 6.) — Wien 1889. Wilhelm Braumüller.

Ueber Cystoscopie mit Bezug auf Diagnose und Therapie von Blasenerkrankungen von Docent Dr. Josef Grünfeld. (Klin. Zeit- und Streitfragen, Bd. III, Heft 7 u. 8. — Wien 1889. Wilhelm Braumüller.

Die experimentelle Basis der antirabischen Schutzimpfungen Pasteur's nebst einigen Beiträgen zur Statistik der Wuthbehandlung von Prof. Andreas Högyes. — Stuttgart 1889. Ferdinand Enke.

Die Physiologie und Pathologie des Wochenbetts. Für Studirende und Aerzte dargestellt von Prof. Hermann Fehling. — Stuttgart 1890. Ferd. Enke.

Die Krankheiten der Harnblase von Prof. Robert Ultzmann. Nach dessen Tode herausgegeben von Dr. Moritz Schuster. (Deutsche Chirurgie Lief. 52.) — Stuttgart 1889. Ferd. Enke.

Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Herrn Alfred Hegar gewidmet von seinen Schülern. — Stuttgart 1889. Ferd. Enke.

Ueber die Einrichtung von Volks-Sanatorien für Lungenschwindsüchtige von Prof. Carl Finkelnburg. — Bonn 1890. Emil Strauss.

Die letzte Stiftung der Kaiserin Augusta von Ernst v. Bergmann. — Berlin 1890. August Hirschwald.

Real-Encyclopädie der gesammten Pharmacie von Prof. E. Geissler und Prof. J. Moeller. Lief. 106—120. — Wien 1890. Urban & Schwarzenberg.

Bibliotheca Rigensis. Sectio medica. Fasciculus primus. — Typis Haeckerianis 1890.

Therapeutisches Lexicon für praktische Aerzte, herausgegeben von Dr. Anton Bum. Mit zahlreichen Illustrationen. Lief. 1—4. — Wien 1890. Urban & Schwarzenberg. Lief. à Mk. 1.20.

О желѣзѣ при лѣченіи чахотки Проф. Кремянскаго. — С.-Петербургъ 1889.

Руководство къ клиническому пользованію лекарствами д-ра Фр. Пенцольдта. Переводъ д-ра Г. А. Шапиро. — С.-Петербургъ. Изданіе К. Л. Риккера. 1890. — Цѣна 3 р.

Краткій курсъ оперативной хирургіи, составилъ Вл. Поповъ. — С.-Петербургъ. Риккера. 1890. Цѣна 2 р.

Intubation in Cases of Foreign Bodies in the Air-Passages by S. S. Meltzer, M. D. — New-York. Tow's Printing and bookbinding Co. 1889.

Preussischer Medicinal-Verein. Officieller Bericht über die sechste Hauptversammlung zu Berlin am 26. und 27. Sept. 1888. — Fischer's medicin. Buchhandlung.

Schuluntersuchungen des kindl. Nasen- und Rachenraumes an 2238 Kindern von R. Kafemann. — Danzig 1890.

Separatabdruck aus Arbeiten des pharmakolog. Instituts zu Dorpat, herausgegeben von Prof. Dr. R. Kobert. Bd. IV. mit einer Tafel in Farbendruck. — Stuttgart 1890. Verlag von Ferd. Enke.

Studien über Malthusianismus von Dr. S. Lindner in Budapest. — Wien 1890. Wilh. Braumüller.

Therapeutisches Recept-Taschenbuch von Dr. med. Michaelis. — Berlin-Neuwied. Heuser's Verlag. (Louis Heuser).

Lehrbuch der schwedischen Heilgymnastik von Prof. Hartelius in Stockholm. Deutsche Ausgabe von Dr. Jürgensen und Sanitätsrath Preller mit 97 Abbildungen. — Leipzig 1890. Th. Grieben's Verlag (Fernau).

Дозв. ценз. Спб. 13 Іюля 1890 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.

UEBERSICHT
UEBER DIE
RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 7. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». **1890.**

Wratsch № 12—27.

J. P. Lasarewitsch: „Die Indicationen zur Brephotomie mit Beschreibung eines für diese Operation erfundenen Instrumentes und zweier Fälle von Zerstückelung des ganzen Kopfes mit den Halswirbeln". (№ 12).

Brephotomie nennt Verf. folgende Operationen: die Perforatio cranii, Cranioclasis, Exenteratio, Decapitatio, Brachiotomia und Dissectio foetus.

Es folgt eine Beschreibung, mit Zeichnungen, des Instrumentes, dessen Wirkungsweise Verf. selbst folgendermaassen resumirt: „Das Br. bewirkt eine Zerreissung, Entfernung und Herausführung eines jeden Körpertheiles der Frucht, welche im Beckeneingange vorliegt, und wirkt dabei derart, dass das Instrument selbst, und ebenso die operirende Hand, nicht in die Uterushöhle eingeführt, sondern im Cervix und der Vagina gehalten wird. Die Theile des Instrumentes wirken immer unter Schutz der Schädeldecken oder der Haut des Foetus".

Verf. arbeitet unter fortwährender Berieselung mit Carbol- oder Creolinlösungen, zum Schutze der Weichtheile benutzt er einen Kautschukschlauch.

Es folgen 2 Krankengeschichten und das Resumé:

1) Je früher vor normalem Ende der Schwangerschaft die künstliche Geburt angeregt wird, umsoweniger ausdehnbar ist der Cervix; am wenigsten dehnbar ist er bei äusserster Seitenlage; daher kann auch diese letztere als eine der Bedingungen gelten, die die Gegenanzeige zur Operation der künstlichen Frühgeburt bilden.

2) Die äusserste Seitenlage des Cervix oder die volle Annäherung desselben an die Beckenwand bildet eine der Bedingungen, welche die Gegenanzeige zur Brephotomie und ebenso die Indication zum Kaiserschnitte oder zum Porro bestimmen.

3) Zur Brephotomie muss man als ultimum refugium greifen, wenn gar keine Hoffnung auf Rettung der Frucht übrig bleibt, oder diese schon todt und nur die Mutter zu retten ist.

4) Die Brephotomie kann sogar bei einer Conjugata von 5,5 ausgeführt werden, wenn nur das Becken nicht zu hoch und am Eingange nicht zu sehr verengt ist.

5) Die Brephotomie ist in einem solchen Falle zulässig, wenn der Cervix ausgedehnt oder dehnbar und nicht zu nahe einer der Seitenwände des Beckens gelegen ist.

P. A. Walter: „Ueber die Synthese der Fette". Experimentelle Untersuchung. (№ 12, 14, 15).

Verf. kommt zu dem Schlusse, „dass die Fettsäuren, wenn sie in den Magen gelangen, in ihm keinen bemerkbaren Veränderungen unterworfen werden; jedoch schon dabei sich ihm eine geringe Quantität Lecithin beimische. Aus dem Magen treten sie in den Darm in kleinen Portionen — wahrscheinlich Dank dem äusserst vollständigen Regulator, den wir im Pylorus besitzen. Beim Uebergange in das alkalische Medium, wobei sie auf den Darmsaft stossen, bilden die Fettsäuren erstens Seifen und gehen weiter eine sehr complicirte chemische Verbindung ein, in der das Lecithin wahrscheinlich eine bedeutende Rolle spielt, und verwandeln sich durch Synthese in Glyceride. Die Seifen werden direct in's Blut aufgenommen, während die Mittelfette und geringe Mengen der Fettsäuren vordem in die Lymphe übergehen. Diejenigen Fettsäuren, die noch nicht in Glyceride umgewandelt waren, gehen vielleicht in das reticuläre Gewebe der Zotten über, wo ihre Umwandlung in derselben Weise geschieht".

J. E. Schaternikow: „Ein Waschtisch — zugleich Douche für Hebammen". (№ 12).

Beschreibung mit Zeichnungen.

D. N. Shbankow: „Beiträge zur Geschichte der russischen medicinischen Journalistik". (№ 12, 15).

Diese interessante Arbeit ist ein Nebenproduct einer anderen Arbeit des Verf. Existirt haben bis jetzt 81 Journale, wovon 32 bis jetzt noch bestehen. Das erste Journal war die „St. Petersburger medicinische Zeitung" von 1792—94 unter Redaction von Prof. F. J. Uhden und Dr. Keinesch, auf Initiative eines kleinen Kreises deutscher Aerzte gegründet. Es folgen mehrfache interessante Mittheilungen und ein Index mit Inhalts- und Programmangabe der Zeitschriften, die nicht für ein Referat geeignet sind. (Es fehlen die in deutscher Sprache herausgegebenen Journale! Ref.).

W. W. Potejenko: „Ein Fall von Epicystotomie in der landschaftsärztlichen Praxis". (№ 12).

W. Th. Lindenbaum: „Ein Fall von vollständiger Resection eines Mastdarmprolapses". (№ 12).

Th. J. Pasternazki: „Eine neue Aufbewahrungs- und Culturmethode der Obermeyer'schen Spirochaeten in Blutegeln (Hirudo medicinalis)". (№ 13, 15).

N. A. Batujew: „Die Lage des Bauchfelles gegenüber der vorderen Bauchwand bei verschiedenen Graden der Ausdehnung der Harnblase und des Rectums bei erwachsenen Männern". (№ 13, 15).

J. J. Nassilow: „Zur Chirurgie der Gallenwege". (№ 14).

Ein kurzes geschichtliches Exposé, ein Hinweis auf die Unsicherheit der Diagnose von Gallensteinen. In Verf.'s Falle war die Compression des Gallenganges durch ein Carcinom des Pancreas bedingt.

B. Th. Buschujew: „Massage bei Gebrauch der Bäder in Druskeniki". (№ 14).

N. N. Fenomenow: „Hundert Ovariotomien". 2. Serie. (№ 16—19).

B. J. Kijanowski: „Zur Frage der quantitativen Bestimmung der freien Salzsäure im Mageninhalte". (№ 16).

Verf. ist „der Ueberzeugung, dass die beste quantit. Bestimmungsmethode der freien Salzsäure im Mageninhalte in jetziger Zeit die Bourget'sche ist".

E. Henik und Worotynski: „Psychometrische Bestimmungen an hypnotisirten Individuen". Vorläufige Mittheilung. Aus der Klinik Prof. Bechterew's. (№ 16).

N. N. Ossowski: „Zur Frage der Behandlung stationärer pleuritischer Exsudate mit Kochsalz". (№ 16).

Fünf Beobachtungen. Gute Resultate.

A. A. Panormow: „Findet sich bei Diabetikern Zucker im Speichel, im Magensafte und im Schweisse? (№ 16).

W. W. Ssutugin: „Zur Behandlung des chronischen Uterusprolapsus". (№ 17).

2 Fälle, davon ein älterer, schon publicirter.

Jeder Prolaps sei zu individualisiren und darnach zu behandeln. Die Laparotomie und das nachfolgende Redressement sei nur auf einzelne wenige Fälle, bei relativ kräftigen Pat. zu beschränken. Die intravaginelle Amputation und Naht sei die vortheilhafteste Methode.

D. A. Ssokolow: „Ueber die Entwickelung der peripheren Nerven bei Neugeborenen". (№ 17 sq.).

D. D. Kamenski: „Ueber die quantitative Bestimmung des Baryums bei Untersuchung der Salzsäure im Mageninhalte nach der Sjöquist'schen Methode", (№ 17).

A. W. Reprew: „Ueber den intraabdominellen Druck". (№ 18, 20, 22).

Zuerst eine geschichtliche Uebersicht, dann Beschreibung seiner Experimentalmethode.

Verf. kommt zur Ueberzeugung, dass der Druck im Abdomen nirgend gleich sei. Auf die Schwankungen desselben haben Einfluss die Schwere der Organe selbst, der verschiedene Grad der Füllung des Darmkanals, die Körperlage, die Spannung der Bauchmuskeln, die Athembewegungen und jeder anderweitige Druck auf das Abdomen.

F. J. Lominski: „Ueber das Zusammenleben der Echinokokken und der Coccidien". (№ 18).

Verf. vermuthet, dass die C. durch die Blutgefässe der gemeinschaftlichen Kapsel in die Echinokokken einwandern.

A. M. Lewin: „Zur Lehre von der physiologischen Wirkung des Camphers und seiner Derivate" (№ 18, 19, 21).

P. K. Gorbatschew: „Ein Beitrag zur Untersuchung des Auswurfes auf Tuberkelbacillen bei Soldaten". (№ 18).

Untersuchungen an 162 Soldaten.

G. F. Pissemski: „Einige neue Daten über die Anwendung der Aseptik bei Laparotomien in der geburtshilflichen Klinik der Wladimir-Universität zu Kiew". (№ 18, 21).

Vortrag, gehalten in der Kiewer geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft.

F. S. Ssylwestrowitsch: „Ueber die Bacterien der Luft in der therapeutischen Klinik (Warschau)". (№ 18, 19).

Verf. unternahm 3 Reihen von Untersuchungen:

Aus der ersten Reihe (8 Beobachtungen) folgert er, dass „*immer die grösste Anzahl der Bacterien unter der Zimmerlage sich befinde*", weniger in der Mitte, am wenigsten unten an der Diele des Zimmers.

Die zweite Reihe ergiebt folgende Schlüsse: 1) Die Zahl der Bacterien, sowohl der unteren wie der oberen Schichten wird deutlich verringert nach einem Spray (von 1‰ Sublimat, 2% Carbolsäure, Terpenthin, Aqua Menthae). 2) Die Abnahme ist dabei nicht gleich. In meinen Experimenten nimmt das Sublimat die erste Stelle ein, weiter folgt Aq. Menthae, dann die Carbolsäure; am schwächsten wirkt Terpenthin. 3) Die deutlichste Abnahme der Bacillen in den oberen und unteren Luftschichten wird erst 6 Stunden nach dem Spray beobachtet. Die Feuchtigkeit spielt dabei keine Rolle.

Aus der 3. Versuchsreihe zieht L. folgende Schlüsse: 1) die Bacterien der Luft sind bei Weitem nicht unwesentlich für die pathogenen Bacterien: von den untersuchten 10 Arten von Reinculturen (Luftbacterien) tödteten 7 die Bacillen des Milzbrandes in Gelatine und in Bouillon, 3 blieben dagegen ohne Einfluss; 5 Arten der Luftbacterien tödteten die Stäbchen der croupösen Pneumonie. 2) *Die Luftbacterien sind nicht gleich vernichtend gegenüber allen pathogenen Bacterien:* so vernichtete z. B. eine Art (№ 4) das Stäbchen des Milzbrandes und war unschädlich dem Stäbchen der croup. Pneumonie etc. Folglich existirt in dieser Hinsicht eine *Specificität*, die besonders zu berücksichtigen ist.

Th. H. Geissler: „Ueber den Einfluss heisser Klysmen auf die Assimilation und den Umsatz des Stickstoffes bei Abdominaltyphus". (№ 19, 21).

Folgende Schlüsse: 1) Die Assimilation der N-Bestandtheile der Nahrung fällt beim Abdominaltyphus unter dem Einfluss heisser Klystiere. 2) Der N-Umsatz wird unter derselben Bedingung grösser. 3) Die Extractivstoffe im Harne nehmen zu.

W. Bruner: „Ueber Trypsin und Pepsin im Harne von Gesunden und an Erkrankung der Verdauungsorgane Leidenden". (№ 19).

N. A. Michailow: „Ein Fall von gummöser Erkrankung der Gelenke". (№ 19).

O. W. Petersen: „Die antiseptische Wirkung der Anilinfarbstoffe von Merck (Pyoctanin)". (№ 20). (Cfr. diese Wochenschr. № 27).

J. S. Fedorenko: „Ueber die Hypertrophie und Hyperplasie der Tubae Fallopiae bei Cystengeschwülsten der Ovarien". (№ 20).

S. Ptschelin: „Zur Casuistik des primären Vaginalkrebses". (№ 22).

3 casuistische Fälle.

M. A. Ochs (Jurist): „Ueber das ärztliche Geheimniss". (№ 23).

A. J. Samschin: „Zur Frage von der Autoinfection". (№ 20).

Eine Versuchsreihe, in der Verf. im Vaginalschleim Schwangerer keine Staphylokokken nachweisen konnte, Controle durch Culturen.

J. J. Maximowitsch: „Klinische Untersuchungen der graphischen Darstellung des Herzstosses und Pulses unter anatomisch normalen Verhältnissen des Herzens und der Gefässe". (№ 20, 21).

K. N. Skworzow: „Ein Fall von angeborenem Defect von Fingern und Zehen". Mit 2 Abbildungen. (№ 21).

Derselbe: „Fibrogliom des Pons Varoli". (№ 21).

Casuistischer Fall.

P. S. Nowizki: „Multiple oder metastatische Pyämie nach Massage eines Abscesses bei Quecksilbereinreibung". (№ 21).

Ein casuistischer Fall mit letalem Ausgange. Mit Recht macht Verf. dabei darauf aufmerksam, wie gefährlich die von Semblinow (Wr. № 7) empfohlene Massage bei Parotitis und Mastitis sein kann, was auch Ref. betont hat.

Th. K. Geissler: „Ueber den Einfluss heisser Klysmen auf die Temperatur des Körpers, den Puls, die Athmung und den Haut-Lungenverlust bei Abdominaltyphus". (№ 22).

Verf. kommt zu dem Schlusse, dass obige Klysmen bei Abdominaltyphus die Zahl der Stühle verringern und sie weniger schleimig machen; die Körpertemperatur nicht sofort verändern, dagegen wahrscheinlich zum früheren Sinken der Temperatur oder zu deren Uebergang aus der Continua in eine andere Form beitrage; dass der Puls dabei im Allgemeinen kräftiger und voller, die Herzcontractionen energischer, die Athmung vorübergehend rascher werde; dass der Blutdruck merkbar steige, die Harnmenge grösser, das spec. Gewicht des Harnes geringer und schliesslich, dass der Haut-Lungenverlust kleiner werde.

W. Stolypinski: „Zur Frage der Technik des Kaiserschnittes". (№ 23).

Verf. plaidirt dafür, die elastische Abschnürung des Uterus nur als blutstillendes Mittel bei bestehender Blutung anzuwenden, daher empfiehlt er das Anlegen des Schlauches erst nach Entfernung des Foetus, sogar der Placenta.

P. S. Nowizki: „Vereinfachtes Verfahren der Rhinoskopia posterior". (№ 24, 25).

Zuerst eine Skizze der Nasenkrankheiten und eine Schilderung der Rhinoskopie.

Die Vereinfachung besteht im Weglassen des Spatels zum Herabdrücken der Zunge, was Verf. mit dem Stiele des Spiegels besorgt, weiter im Aufheben des weichen Gaumens mittelst 3 Millimeter starker, in der bekannten Weise durch Nase und Mund gezogener Drainröhren. Endlich betont er die Erziehung des Rachens zur Rhinoskopie. — Diese Methode soll selbst bei kleinen Kindern nicht im Stiche gelassen haben.

S. J. Babanasianz: „Zur Frage der Mumificirung der Nabelschnur vom gerichtlich-medicinischen Standpuncte". (№ 24, 25).

Verf. misst diesem Vorgang bei Beurtheilung der Frage, ob das Kind gelebt, keine wesentliche Bedeutung bei.

M. W. Kasanski: „Ein Fall von gleichzeitigem Vorhandensein primärer, secundärer und tertiärer Syphiliden". (№ 24).

W. A. Dobrochotow: „Das Mineralbad von Nishne-Sserginsk". (№ 24—26).

S. N. Danillo und E. J. Prassichodski: „Ueber die Resultate der Suspension der Tabetiker nach der Methode von O. O. Motschutkowski. (№ 25—27).

P. O. Burkow: „Zur Frage der Geburten bei kyphotischem Becken". (№ 25).

Ein casuistischer Beitrag. J. F. Neumann.

Medizinskoje Obosrenije № 7—10.

Koteljanski: „Bericht über die in der gynäkologischen Abtheilung des Jekaterinburger Gebärhauses ausgeführten Operationen" (vom 1. Sept. 1887—1. Sept. 1889). (№ 7).

Zum Referate nicht geeignet; im Ganzen wurden in der bezeichneten Periode 87 Operationen mit 4 Todesfällen (4.59%) ausgeführt; der letale Ausgang erfolgte 2 Mal nach vaginaler Totalexstirpation des Uterus und 2 Mal nach Laparotomien.

Ssolowjew: „Ein Fall von Laparokelyphotomie". (№ 7).

Mit diesem langen Namen bezeichnet Prof. Sslawjanski diejenige Form der Laparotomie bei extrauteriner Schwangerschaft, bei welcher allein die Frucht ohne den Sack herausgenommen wird, im Gegensatze zur Laparokelyphoectomia, bei welcher der ganze Fruchtsack mit seinem Inhalte entfernt wird.

Der vorliegende, sehr ausführlich beschriebene Fall betraf eine 28-jährige verheirathete Frau mit Tubenschwangerschaft in der 2. Hälfte derselben, bei welcher 4-malige Galvanopunctur erfolglos geblieben war. Bei der Operation erwiesen sich Verwachsungen einzelner Darmschlingen mit dem Fruchtsacke, deren eine bei Ablösungsversuchen riss, die Placenta konnte unter starker Blutung wegen festen Verwachsenseins erst am 6. Tage nach der Operation entfernt werden, Pat. ging am 29. Tage an Pyämie zu Grunde. Hinsichtlich der Krankengeschichte, Operation und Epikrise verweisen wir auf das Original.

Rosanow: „Magengeschwür syphilitischen Ursprungs". (№ 7).

Ein 33-jähriger beurlaubter Soldat litt seit 8 Jahren an allen Zeichen eines Magengeschwüres, Schmerzen in der Magengegend, Aufstossen, Kollern, Verstopfung, blutigem Erbrechen und Durchfall und wurde von Verf. 2 Monate lang mit allen möglichen Mitteln vergeblich behandelt. Die Anamnese ergab keine besonderen Anhaltspuncte, nur fiel Verf. die Angabe des Kranken auf, dass die Magenschmerzen mit einer ziemlichen Regelmässigkeit Nachts mit gleichzeitigem Reissen in den Beinen auftraten, weshalb Verf. eine antisyphilitische, 47 Tage lang dauernde Cur mit Quecksilbereinreibungen, Jodkalium und Calomel einleitete, welche sämmtliche Symptome zum Schwinden brachte; Pat. ist bis dato gesund geblieben. Verf. hält das nächtliche Auftreten von Schmerzen für ein Symptom, welches immer den Verdacht auf Syphilis erwecke.

J. Selenew: „Salicylsaures Quecksilber gegen Syphilis". Aus der Stukowenkow'schen dermatologischen Klinik zu Kiew. (№ 8).

Nach einer historischen Einleitung theilt Verf. seine, an 40 Kranken gemachten Erfahrungen mit; 32 von ihnen waren noch nicht mercuriell behandelt. 2 Kranken wurden tägliche subcutane Injectionen einer 1% wässrigen Lösung (Gr. 1/4—1/2 pro dosi) gemacht, die übrigen 38 erhielten parenchymatöse Injection folgender, sehr zweckmässigen Suspension des Mittels: Rp. Hydrargyr. salicyl., Vaselin. purissim. $\overline{aa}$ 1 partem M. f. Ung., cui adde Olei Vaselin. 2 partes, ut f. 25% suspensio. Das Präparat wird vor dem Gebrauche in warmem Wasser erwärmt, sehr stark geschüttelt. Die Zahl der zur Heilung nöthigen Injectionen schwankte zwischen 6 und 11, die Menge des Präparates zwischen 5½ und 22 Gran. Bei 6 Kranken traten während der Behandlung frische luetische Erscheinungen auf. — Der Schmerz bei und nach der Injection war immer gering, als Folgeerscheinungen der Injectionen wurden Magen-Darmstörungen, Stomatitiden und Arzneierythem beobachtet. Das Hg war im Harn 12 Stunden nach der ersten Injection nachweisbar, vermehrte sich bei den folgenden und namentlich in den 2—3 auf die Injection folgenden Tagen. Recidive nach 14 Monaten wurden 12 Mal bei frischer Syphilis beobachtet und waren ebenso stark in ihren Erscheinungen ausgeprägt, wie die vorhergehende Erkrankung, das freie Intervall betrug in minimo einige Tage.

Schlussfolgerungen: 1) Das salicylsaure Quecksilberoxyd, in oben geschilderter Suspension injicirt, wirkt nicht besser als andere ähnliche Präparate und entschieden schwächer als Sublimat und gelbes HgO; gleichzeitige locale Behandlung ist oft nöthig. Während der Behandlung, selbst nach 3—6 Injectionen treten frische syphilitische Erscheinungen auf, als Allgemeinerscheinungen wurden Gastroenteritis, Stomatitis (20%) und besonders Erythema beobachtet. Letzteres erscheint bei verschiedener Menge eingeführten Hg (2½—11 Gr.), besteht zuweilen lange (2½ Monate) und erfordert besondere Behandlung. Die Recidive sind nicht schwächer, sondern zuweilen sogar stärker, als die vorangegangenen Erscheinungen, stellen 37% vor, also 4 Mal mehr als nach HgO; eine hervorragende Eigenschaft des HgO Sal. ist die geringe Schmerzhaftigkeit der Injectionen. Folgt eine vollständige Angabe der einschlägigen Literatur.

A. Bauer: „Syphilis der Leber". Aus der Tscherinowschen Klinik. (№ 8).

Der Fall betrifft einen 25-jähr. Jüngling, der eine luetische Infection entschieden leugnete und während des Lebens durchaus keine Symptome von Seiten der Leber darbot.

N. M. Popow: „Ueber die bei der Hundswuth an den Zellen des Centralnervensystems vorkommenden Veränderungen". (№ 8).

Bei den ziemlich zahlreichen Untersuchungen betreffend die Lyssa ist besonders das Gefässsystem berücksichtigt worden, während das Nervensystem kaum untersucht worden ist; bis jetzt sind nur 2 Arbeiten, von Pokotilow (vor mehreren Jahren) und von K. Schaffer (1888), in dieser Richtung veröffentlicht worden: Ersterer fand parenchymatöse Myelitis, Letzterer atrophische Veränderungen. Verf. hat nun, um diese Widersprüche zu erklären, den ersten ihm zur Beobachtung gekommenen Fall von Lyssa genau untersucht und Folgendes gefunden: Die Nervenfasern sind im Beginne der Krankheit varicös geschwellt, wahrscheinlich in Folge von ungleichmässigem Aufquellen des Myelins, bei intactem Axencylinder, welcher aber im weiteren Verlaufe hypertrophirt, das Myelin verdrängt und endlich verdickt erscheint. An den Nervenzellen des ganzen centralen Nervensystems waren sowohl das Protoplasma, als auch die Kerne verändert. Im Protoplasma fanden sich Anhäufungen gelbbräunlichen körnigen Pigments theils an einem der Pole des Zellenkörpers, theils in zusammenhängender Masse um den Kern herum und dann nur einen schmalen peripheren Saum freilassend; dieses Pigment erfüllte die stärker ergriffenen Zellen vollständig und hatten dieselben eine rundliche Form erhalten und alle Fortsätze verloren; weder Kern noch Kernkörperchen konnten unterschieden werden; neben solchen Zellen konnte man Pigmentanhäufungen sehen, welche nur in ihren Umrissen an Zellen erinnerten. Auch die Kerne selbst waren am Processe betheiligt, sie verloren ihre regelmässigen Contouren, wurden körnig und verschwanden zuletzt mit Hinterlassung des von unregelmässig gelagerten Pigmentkörnern umgebenen Kernkörperchens; übrigens gingen die krankhaften Processe an Protoplasma und Kern durchaus nicht einander parallel; die Zwischenzellenräume waren entgegen der Angabe Schaffer's, nicht erweitert, es lagen im Gegentheile die Zellenkörper meist dicht der umgebenden Neuroglia an. Das in den Zellen vorhandene Pigment ist als Resultat derjenigen Ernährungsstörung aufzufassen, welche primär in den Zellen selbst stattgefunden hatte. — Aus dem Angeführten schliesst Verf., dass die in den Nervenzellen gefundenen Veränderungen entzündlicher Natur gewesen seien. Sie waren nicht im ganzen Nervensystem gleich intensiv ausgeprägt, am stärksten in den Vorderhörnern, besonders des Halsmarkes, in den motorischen Kernen des verlängerten Markes, in den subcorticalen Centren, den hinteren Vierhügeln, in den grossen Pyramidalzellen der Stirn- und Paracentrallappen, d. h. alle motorischen Functionen vorstehende Centren erwiesen sich gegenüber dem Gift der Lyssa als weniger widerstandsfähig.

A. J. Schtscherbakow: „Zur Frage nach der Entstehung der freien Salzsäure im Magensafte". Autoreferat aus den Arbeiten der physiko-medicinischen Gesellschaft in Moskau 1889, № 5. (№ 8).

Bekanntlich hat Maly den Versuch gemacht, das räthselhafte Auftreten der HCl im Magensafte durch die hypothetische Annahme zu erklären, dass 1) in Folge des Ueberwiegens des sauren Elementes im Blutserum eine minimale Menge von HCl in vollkommen freiem Zustande in diesem vorhanden sein müsse und 2) durch den äusserst feinen Diffusionsapparat des Magens an der Oberfläche der Membran saures Magensecret gebildet werde; die HCl im Magensafte stamme mithin aus im Körper vorhandenen sauren Verbindungen. Verf. kann sich nun nicht vorstellen, wie im Blute neben Eiweisskörpern und alkalischen Verbindungen freie HCl sich finden könnte und wie der dialytische Apparat in der Magenschleimhaut als „Wahlfilter" wirken sollte; er meint, dass das von Maly aufgestellte Princip von der Anwesenheit saurer Verbindungen im Organismus richtig sei, dass aber die HCl durch die Zellenthätigkeit der Magendrüsen gebildet werde und nimmt deshalb eine, in den Magenzellen vorhandene, dem Setschenow'schen kohlenglobulinsauren Natrum analoge Verbindung hypothetisch an und zwar „saures chlorglobulinsaures Natrum". Die Chlorglobulinsäure kann ihrer recht starken sauren Eigenschaft halber nicht allzu constant sein, wird schon bei geringen Gleichgewichtsstörungen sich abspalten und als dem Protoplasma fremde Substanz von diesem bald ausgestossen werden, wie wir das bei der Vacuolenbildung an Infusorien oder der Ausstossung unbrauchbarer Stoffe durch den Leib der Amöben sehen. Diese Ausführung des Verf. soll übrigens nicht als neue Hypothese, sondern nur als Schema des complicirten chemischen Processes bei der Entstehung der HCl unter Mitwirkung eines Eiweisskörpers dienen.

L. P. Bogolepow: „Pyothorax et Pyopneumothorax subphrenici". (№ 9).

Höchst interessante monographische Darstellung der Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Behandlung der subphrenischen und Lungenabscesse, welche ihres grossen Umfanges halber (31 Druckseiten) hier nicht wiedergegeben werden kann. Der Verf. fügt den 50 in der Literatur verzeichneten und sehr übersichtlich tabellarisch geordneten Fällen noch 4 eigene Beobachtungen hinzu. Es sei auf die wichtige Arbeit verwiesen.

Wierszczynski: „Keratitis parenchymatosa diffusa". (№ 9). Casuistischer Beitrag.

B. Kobeljanski: „Zwei Fälle von Extrauterinschwangerschaft". (№ 10).

Beide Fälle betrafen Tubenschwangerschaften, von denen die eine 12 Monate, die andere 8 Wochen gedauert hatte und welche nach gemachter Laparokelyphoectomie gesund entlassen wurden. Im 2. Falle war Hämatosalpinx vorhanden.

Borschtschew: „Zwei Fälle von Uterusmangel". (№ 10). Genaue Beschreibung der Fälle.

Buzelski: „Ueber die Veränderungen der Nervenzellen im Gehirn bei der progressiven Paralyse der Irren". (№ 10).

Verf. hat im Laboratorium des Prof. Popow in Warschau die Gehirne von 12 Paralytikern nach der Gaule'schen Methode mikroskopisch untersucht und constant Ueberfüllung der Ganglienzellen mit Pigment, Verlust der Fortsätze und Atrophie derselben beobachtet. Die Details, namentlich über die Technik, sind im Originale nachzulesen.

P. Netschajew: „Der Phagocytismus in seinem Verhältnisse zur Infection mit pathogenen Mikroorganismen". (№ 10).

Polemik gegen Prof. Metschnikow. Hinze.

Wojenno-medizinskij shurnal, April—Mai.

W. W. Maximow: „Spontane Zerreissung des Mastdarmes mit Vorfall von Darmschlingen". (April).

Verf. betont die Seltenheit der erwähnten Erscheinung (in den neuesten chirurgischen Lehrbüchern werde dieselbe sogar nicht erwähnt) und führt 4 in der Literatur von ihm aufgefundene Fälle an: der erste, von Adelmann beobachtete, endigte tödtlich, der zweite — Stein — ebenso tödtlich, der dritte — Nedham — ging in Genesung über, wie auch der vierte — Brodie. Der fünfte Fall — derjenige des Verf. — kam 1889 in Krassnoje-Sselo bei einer 75 Jahre alten Frau, die schon seit 9 Jahren an Vorfall des Mastdarmes gelitten hatte, zur Beobachtung; die Reposition des vorgefallenen Dünn- und Dickdarmes nebst Netz gelang nach 45 Minuten; in der folgenden Nacht verschied Pat. — Verf. knüpft an diesen Fall eine Besprechung der Ursachen und der Verhältnisse, die die Entstehung dieses Leidens bedingen.

J. M. Achun: „Ueber einige an einzelnen Orten des Transkaspischen Gebietes häufig beobachteten Magen-Darmerkrankungen". (April).

Verf. betont auf Grund von officiellen Rechenschaftsberichten das Abhängigsein der Ruhr von der Malaria und sucht zu beweisen, dass bei guter Nahrung und besonders bei Genuss von gutem, reinem Trinkwasser die Fälle von Dysenterie schwinden, wie auch die Fälle von Malaria; er hält es für richtiger, den Namen „Dysenterie" fallen zu lassen, da mit diesem stets der Begriff einer „specifischen Krankheit" verbunden sei, und schlägt vor, die in Transkaspien vorkommenden Fälle von „Durchfall" lieber „Collitis follicular's" zu nennen.

J. Selenew: „Die Behandlung der Syphilis mit tiefen Injectionen von gelbem Quecksilberoxyd". [Schluss]. (April).

J. Acharow: „Zur Frage vom Fieber und von den antipyretischen Mitteln: Antipyrin und Chinin". (April).

Verf. hat an Hunden experimentirt, die Wirkung des Chinins und Antipyrins an gesunden und an künstlich durch Einspritzung von faulenden Lösungen fieberkrank gemachten Thieren untersucht, zieht aber keine praktischen, für die Therapie verwendbaren Schlussfolgerungen.

M. Konstantinowski: „Ueber die Brüchigkeit der Rippen bei Geisteskranken". (Mai).

Verf. hat gefunden, dass die Rippen bei chronischen Erkrankungen des Centralnervensystems (besonders bei Geisteskranken) in ihrer Zusammensetzung bedeutende Veränderungen aufweisen: die Menge an organischen Bestandtheilen ist vermehrt, diejenige der mineralischen Bestandtheile verringert, wodurch die Brüchigkeit vergrössert wird. Als Bindeglied zwischen den genannten Veränderungen und der Erkrankung des Nervensytems dient wahrscheinlich das Gefässsystem.

E. Blumenau: „Zur Frage von der Wirkung des Alkohols auf die Magenthätigkeit bei Gesunden". Eine klinische Studie. (Mai).

1) Historischer Ueberblick über die Arbeiten, betreffend den Einfluss des Alkohols auf die Verdauung.

2) Eigene Beobachtungen über den Einfluss des Alkohols auf die Verdauung.

Verf. hat ihre Beobachtungen an 5 gesunden Menschen, von denen 4 Reconvalescenten waren, angestellt. Betreffs der Details müssen wir auf die sehr ausführliche Arbeit verweisen. — Verf. hält den Gebrauch des Alkohols für unnütz. Grimm.

Westnik obschtschestwennoi gigieny, ssudebnoj i praktitscheskoi mediziny № 3 bis 5.

N. N. Lasarenko: „Ueber den Zusammenhang der Sterblichkeit an Lungenschwindsucht in St. Petersburg mit der Dichtigkeit und Gedrängtheit der Bevölkerung und mit meteorologischen Erscheinungen". (№ 3.)

Zur Beantwortung der ersten Frage (Dichtigkeit und Gedrängtheit) hat L. sich der von der statist. Abtheilung der St. Petersburger Stadtverwaltung herausgegebenen statist. Jahrbücher und Wochenberichte von 1881—88 (Zählungen 81 und 88) bedient und ausserdem der in St. Petersburg obligatorischen recht ausführlichen Todtenscheine. Unter „Gedrängtheit" versteht Verf. die Bewohnerzahl der Wohnungen und besonders die der Zimmer. Das Material wird nach einander auf 3 Arten gruppirt: 1) nach den 12 Stadttheilen, 2) nach den 38 Polizeibezirken, 3) nach 243 Unterbezirken. Die zweite Art liefert die anschaulichsten Resultate. Die betreffenden Tabellen geben Aufschluss nicht nur über Dichtigkeit und Gedrängtheit der Bevölkerung, sondern auch über die Beschaffenheit ihrer Wohnungen, da sie folgende Rubriken enthalten: Sterblichkeit an Lungenschwindsucht in ‰ der Bevölkerung; Bewohnerzahl pro Zimmer; Bewohnerzahl pro Wohnung; Zahl der Quadratfaden pro Kopf; Procentsatz der Wohnungen mit Aftermiethern und Arbeitern; die Zimmerbewohnerzahl in solchen Wohnungen; % der Kellerwohnungen; % der Wohnungen mit 10 und mehr Menschen auf ein Zimmer; % der Arbeiterbevölkerung; % der Bevölkerung, welche in Wohnungen von 1—5 Zimmern, und derjenigen, die in 6 bis über 11 Zimmern wohnt; schliesslich Wasserleitung, Watercloset, Badeeinrichtung, Gasbeleuchtung. Ueber die Ergebnisse der Zusammenstellung cf. Resumé 1—5.

Die meteorologischen Beobachtungen sind den Berichten des meteorol. Observatoriums entnommen, umspannen die Zeit vom März 81 bis Juni 89 und beziehen sich auf Temperatur, relativen Feuchtigkeitsgehalt der Luft, Barometerstand, Wasserstand der Newa (= Grundwasserstand) und Niederschläge. Alle Beobachtungen sind in Form von Curven zugleich mit der Mortalitätscurve für Lungenschwindsucht graphisch dargestellt und zwar in einwöchentlichen Mittelwerthen in das Coordinatensystem eingetragen. Diese ungewöhnlich genaue und lange Beobachtungsreihe lässt das unzweifelhaft erkennen, was Verf. sub 6 und 7 im Resumé aussagt.

Resumé: 1) Die unhygienischen Lebensbedingungen der Bevölkerung bilden eine wichtige Ursache für die Verbreitung und Mortalitätsquote der Schwindsucht.

2) Eine hervorragende Rolle spielt hierbei die Gedrängtheit der Bevölkerung und ihre Vertheilung im Raume (Cubus).

3) Der mangelhafte Cubus kann bisweilen durch gute Wohnungseinrichtung ersetzt werden.

4) Die Dichtigkeit der Bevölkerung steht zwar nicht in so directer Beziehung zur Höhe der Schwindsuchtsmortalität wie die Gedrängtheit derselben, ist aber dennoch zweifellos von Einfluss.

5) Der Mangel an Flächenraum lässt sich noch leichter als mangelhafter Cubus durch guteingerichtete Wohnungen aufwiegen.

6) Die Zeit- und Intensitäts-Schwankungen der meteorologischen Erscheinungen rufen ganz ebensolche Schwankungen in der Schwindsuchtsmortalität hervor.

7) Das jährliche Temperaturmaximum, Feuchtigkeitsminimum, hoher Wasserstand der Newa (resp. des Grundwassers), Niederschlagsmaximum, geringe Schwankungen und niedriger Stand des Barometers — haben eine Herabsetzung der Schwindsuchtsmortalität zur Folge; dagegen steigt letztere, sobald sich die meteorologischen Erscheinungen in umgekehrtem Sinne ändern.

S. M. Jerschow: „Die sanitären Verhältnisse bei der Gerberei". (№ 3.)

Darstellung der üblichen Arten des Gerbens mit Berücksichtigung derjenigen Momente bei denselben, welche gesundheitsgefährlich erscheinen. Hinweis auf die erforderlichen sanitären Maassnahmen. Tabellarische Zusammenstellung der officiellen Daten, welche dem Medicinal-Departement von den Medicinal-Verwaltungen der einzelnen Gouvernements und Gebiete des russischen Reiches über die Gerbereien zugegangen sind. Alle diese Angaben sind höchst summarisch gehalten und, besonders was die Morbilität, Mortalität, sowie etwaige specifische Erkrankungen unter den Gerbern anbetrifft, ganz unzulänglich.

A. Lawrentjew: „Die technische Ausbildung und ihr Einfluss auf das Sehvermögen". (№ 4.)

L. hat bereits im vorigen Jahre einen Aufsatz veröffentlicht, aus dem hervorgeht, dass der Procentsatz von Myopen unter den Realschülern ein grösserer ist, als unter den Gymnasiasten. In vorliegender Arbeit theilt er die Resultate mit, die er durch Untersuchung von Schülern anderweitiger technischer Lehranstalten, sowie von Technikern selbst gewonnen hat. Es kamen im Ganzen 4892 Augen zur Beobachtung. Die technischen Beschäftigungen, deren Einfluss auf die Augen L. geprüft hat, waren folgende:

Technisches Zeichnen und *Kunstzeichnen*. Untersucht wurden 144 Zöglinge der Nicolai-Ingenieur-Schule, sodann von den Schülern des Civil-Ingenieur-Instituts 199 im Jahre 1888 und 183 im darauf folgenden, schliesslich 102 Knaben im Alter von 10—17 Jahren, welche die Normalzeichenschule bei den pädagogischen Cursen der Kunstacademie besuchten. Im Einzelnen die Ergebnisse der Enquête zu besprechen, würde zu weit führen; im Allgemeinen wird durch dieselbe bestätigt, dass die vorhandenen geringen Grade von H. schwinden, dass sich in Folge übermässiger Accommodationsanstrengung progr. M. entwickelt, ferner Insuff. d. M. r., welche zu Strabismus führt, und endlich Anisometropie, weil durch Neigen des Kopfes nach der einen Seite das normale binocul. Sehen aufgehoben wird".

Graviren auf Kupfer, Stahl und anderen harten Metallen. Vf. hat sich an 41 Arbeitern der Werkstatt zur Herstellung von Staatspapieren überzeugt, dass bei den Graveuren sich nicht sowohl M. entwickelt, als vielmehr Strab., der den binocul. Sehact aufhebt.

Buchdruckerei. Bei 37 Schülern der Ersten Druckereischule (Knaben von nicht weniger als 14 Jahren, welche neben ihrer Beschäftigung in einer Druckerei noch 14 Stunden wöchentlich unterrichtet werden) zeigte es sich, dass im Laufe der Jahre alle H. und E. in M. übergeht; indess hält L. selbst sein Resultat in Anbetracht des geringen Materials nicht für bindend. Die Untersuchung von 46 Schriftsetzern ergab, dass der grösste Procentsatz von Myopen sich bei den jungen Setzern (bis 20 a. n.) findet und zwar während der 2 ersten Jahre ihrer Thätigkeit. „In den nächsten 10 Jahren stellt sich eine Art von Gleichgewicht zwischen den Refractionsanomalien her, worauf einerseits eine bedeutende Zunahme der M., andererseits eine schnelle und vorzeitige Entwickelung der Presbyopie folgt".

Weibliche Handarbeiten. 54 Schülerinnen (im Alter von 10—19 Jahren) des Asyls der Grossfürstin Alexandra Nikolajewna wiesen 10 % M. mehr auf, als L. bei einer früheren Gelegenheit an den Zöglingen der städtischen Mädchenschulen, woselbst Handarbeiten eine viel geringere Rolle spielen, constatirt hatte. Der Einfluss der Goldstickerei ist nur an 14 Arbeiterinnen geprüft worden, scheint aber gleichfalls die Refraction zu schädigen.

Zum Schluss sei noch hervorgehoben, dass die Arbeit ausser den ophthalmoskopischen Details noch eine Menge für den Hygieniker wichtiger Aufschlüsse und Rathschläge betreffend die Einrichtung von technischen Schul- und Arbeitsräumen enthält.

P. Fridolin: „Sterblichkeit unter den Zöglingen des kaiserlichen Findelhauses zu St. Petersburg". (№ 4.)

Zusammenstellung des statistischen Materials für 1861—71 und Gruppirung desselben nach dem Alter der Zöglinge.

S. N. Jakowlew: „Ueberblick über die wichtigsten Fortschritte auf dem Gebiete der Untersuchung von Nahrungsmitteln und der Entdeckung von Verfälschungen". (№ 4.)

Asbestfilter. — Aschenbestimmung. — Einäschern. — N-bestimmung. — Bestimmung der Phosphorsäure. — Zucker-Titration. — Fettextraction. — Glycerinbestimmung. — Wasser. — Milch. — Mehl. — Schnaps, Spiritus, Wein, Bier. — Thee.

P. A. Smolenski: „Influenza oder Grippe." Eine epidemiologische Skizze. (№ 3 u. 4.)

Enthält unter Anderem die Mittheilung einer ganzen Reihe von Influenza-Epidemien, die im europäischen und asiatischen Russland aufgetreten sind, jedoch in dem Handbuch von Aug. Hirsch nicht aufgeführt werden.

K. Stürmer: „Abriss der Lehre von der Pellagra". (№ 3.)

Schluss der in № 1 begonnenen Abhandlung. Erschöpfende Besprechung des Thema's. Reiche Literatursammlung.

K. M. Watraschewski: „Zur Frage von der Wirkung der Injectionen unlöslicher Quecksilberpräparate bei der Syphilisbehandlung und über einige Complicationen bei ihrer Anwendung". (№ 4.)

W. empfiehlt zu subcutanen Injectionen am meisten unter allen unlöslichen Quecksilbersalzen das Hydrarg. oxydat. flav., weil es wegen seines hohen Hg-gehaltes die geringsten Dosen verlangt. Zur Vermeidung von grösseren Lungenembolien und deren Folgen, welche er selbst und andere Autoren nach Injectionen beobachtet haben, räth er als Suspensionsflüssigkeit nur Gummi arab. anzuwenden, da hierdurch eine feinere Vertheilung des Medicamentes im Blute zu Stande kommt, und bei Injection in eine Vene — wie er sich experimentell überzeugt hat — die unbedeutendsten und ungefährlichsten Veränderungen an den Lungen entstehen.

A. G. Kuljabko-Korezki: „Ueber den gegenwärtigen Stand der Schlammheilanstalten in der Nähe von Odessa und in der Krim". (№ 3—5.)

W. S. Snigirew: „Ueber die Feldscherer". (№ 5.)

Veranlasst durch den Aufsatz von Tolstoi „die medicinischen Mittel- und Elementarschulen" (Westn. obschtsch. gigieny 1889, № 6) theilt S. seine Ansicht über die betreffende Frage mit. Er tritt warm für die Feldschererschulen ein, deren Zöglinge vornehmlich dem Bauernstande entstammen und soweit praktisch (bis zu einem gewissen Grade auch theoretisch) geschult werden, dass sie in Gegenden ohne genügende Aerztezahl relativ selbständig wirken können. S. ist selbst Director einer derartigen Anstalt und die Schilderung, welche er von dem Lehrgange und von der späteren Wirksamkeit der Schüler dieser Anstalt entwirft, ist in der That eine sehr einnehmende.

Wladimirow.

Дозв. цена. Спб. 31 Августа 1890 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.

// UEBERSICHT
UEBER DIE
RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 8. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1890.

Medizina № 28—49.

Wetschtomow: „Ein Fall von Eclampsie bei einem Erwachsenen in Folge von Ileus stercoralis". (№ 30).

Rodsewitsch: „Die Steinkrankheit in Kronstadt". (№ 33).
Verf. hat die in den letzten 10 Jahren unter den Matrosen und deren Familien zur Beobachtung gelangten Fälle von Lithiasis zusammengestellt. Von den 12 Fällen waren 5 aus Kronstadt gebürtig, woraus Verf. schliesst, dass in Kronstadt doch zuweilen günstige Bedingungen zur Bildung von Blasensteinen bestehen.

Warschawski: „Ectrophia vesicae urinariae". (№ 35).
Casuistischer Beitrag zur Lehre von den angeborenen Lageveränderungen und Missbildungen der Harnblase.

Komarow: „Einige Notizen über mechanische Behandlung der Atonie der Därme". (№ 36).
Ergänzung zur Abhandlung Buschujew's: „Massage und gleichzeitiger Gebrauch der Quellen in Druskeniki" (cfr. Wratsch № 14).

Iwanow: „Ueber die Zeit des Eintrittes der ersten Menstruation". (№ 22, 23—25, 35, 37—40, 42, 44).
Zum Schlusse der sorgfältigen Arbeit giebt Verf. in Bezug auf die verschiedenen Momente, welche den Eintritt der ersten Menstruation beeinflussen, folgendes Resumé:
Ein warmes Klima bedingt einen früheren Eintritt der Geschlechtsreife, wobei der Unterschied von ca. 6° der mittleren Jahrestemperatur einem Unterschiede von 1 Jahr in Bezug auf den Eintritt der ersten Menstruation entspricht. Der Einfluss des Klimas lässt sich am besten an der Landbevölkerung studiren.
Der verhältnissmässig frühe Eintritt der ersten Menstruation bei Bewohnern der kalten Zone ist hauptsächlich durch die Besonderheit der Nahrung (ausschliessliche Fleischkost) zu erklären.
Der Einfluss des Körperbaues und Wuchses lässt sich auf die Körpermasse zurückführen; magere und schwächliche Individuen menstruiren früher als volle und kräftige. Am frühesten menstruiren die Frauen der höheren Stände, am spätesten diejenigen der niederen.
Der Einfluss der Nationalität kann erklärt werden durch die Neigung des Individuums, sich mit denselben Eigenthümlichkeiten fortzupflanzen, welche es von dem Geburtsorte der Eltern ererbt hat und welche auch im Körperbau, Neigung zu bestimmten Gewerben etc. zur Geltung kommen. Aus diesem Grunde menstruiren die Jüdinnen früher als die übrige Bevölkerung, unter welcher sie sich aufhalten.

P. J. Kowalewski: „Amentia" (acuter hallucinatorischer Wahnsinn, Verworrenheit etc.). (№ 4—7, 13, 14, 24—26, 41, 43, 46).
Zum Referate nicht geeignet.

A. Podres: „Ueber schnelle und gewaltsame Dilatation der Harnwege bei Neurosen des weiblichen Harnapparates". (№ 45, 47).
Verf. beschreibt ausführlich einen Fall von Cystospasmus und Neuralgie der Urethra, in welchem Pat. trotz der mannigfaltigsten Behandlung von dem lästigen Leiden nicht befreit, nach 2-maliger Dilatation der Urethra nach Simon aber vollständig hergestellt wurde. Gestützt auf diesen und andere, nicht detaillirter beschriebene Fälle, empfiehlt P. die Dilatation der Urethra und des Blasenhalses bei Neurosen der Harnorgane. Die günstige Wirkung bezieht Verf. auf Veränderung der Circulation und die directe Beeinflussung der Nervenfasern durch die Dilatation, weil Nervendehnung bekanntlich die Erregbarkeit und Leitungsfähigkeit der Nerven herabsetzt.

A. Pospelow: „Ueber Reinfectio syphilitica". (№ 48, 49).
Ausführliche Schilderung eines Falles von sicher constatirter abermaliger syphilitischer Infection. Dobbert.

Chirurgitscheskij westnik, Juni.

M. A. Galin: „Eine traumatische incomplete Dislocation (resp. Luxation) der Kniescheibe nach aussen, complicirt mit Genu valgum und Arthritis deformans". Aus der Klinik des Prof. F. K. Bornhaupt.
Eine ausführliche Besprechung der Patellarluxationen im Lehrbuchstiele, woran sich die Mittheilung eines eigenen in der oben angedeuteten Weise complicirten Falles anschliesst. Den Zusammenhang der pathologisch-anatomischen Veränderungen in seinem Falle denkt Verf. sich so, dass zunächst durch den Druck der nicht reponirten Patella der äussere Condylus atrophirt und dann Arthritis deformans dazugetreten sei.

S. S. Iwanowa: „Ueber Transplantation von Leichenhaut auf granulirende Flächen".
Verf. gelang die Anheilung von Hautstückchen frischer Kinderleichen ($1^1/_2$—2 Stunden nach dem Tode) auf eine alte Brandwunde. Infection sei bei einiger Vorsicht in der Auswahl des Materials nicht zu befürchten (am besten zufällig bei der Geburt gestorbene Kinder). Die Entfernung der Granulationen aus der zu bepflanzenden Wunde sei überflüssig.

K. G. Ssolowjew: „Zur Frage von dem hydraulischen Drucke bei Schussverletzungen des Schädels". Vorläufige Mittheilung aus der Klinik des Prof. W. J. Kusmin.
Trotz der vielfältigen Bearbeitung, welche dieses Gebiet schon erfahren hat, sind die Meinungen der Autoren über den Mechanismus der indirecten Fracturen bei Schussverletzungen des Schädels noch immer getheilt. Die Einen beschuldigen eine Zersplitterung des Geschosses, Andere (Chauvel 1889) die Wirkung der von der Einschussstelle fortgepflanzten Vibration; noch Andere, und zwar die Mehrzahl, die hydraulische Höhlenpression. Letzteren schliesst sich auch der Verfasser an.
Zu seinen Versuchen benutzte er Kinderschädel, auf die er aus einer Entfernung von 8 Schritt Schüsse aus einem Revolver abfeuerte. Die Geschosse veränderten dabei nicht ihre Form, und auch von einer Fortpflanzung der Vibration konnte wegen der zwischen den einzelnen Knochen eingeschalteten, mehr oder weniger breiten membranösen Partien kaum die Rede sein. Dagegen deuteten auf die Wirkung hydraulischen Druckes die Umstände hin, dass einmal an leeren, vorher enthirnten Schädeln indirecte Fissuren regelmässig fehlten, sowie, dass während des Passirens der Kugel aus vorher angelegten Trepanationsöffnungen mit grosser Gewalt Hirnmasse hervorgeschleudert wurde. Im Uebrigen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:
Eine Schussverletzung des Schädels hat drei Componenten: die localen Verletzungen durch Ein- und Ausschuss und die indirecten durch die hydraulische Höhlenpression. Letztere finden sich an beiden Scheitel- und dem Stirnbeine, am häufigsten am Orbitaldache. Das Hinterhauptsbein ist am Kinderschädel wegen seiner grösseren Härte relativ geschützt. Die Basis bleibt wegen ihrer, aus der noch weit zurückgebliebenen Verknöcherung resultirenden Elasticität immer heil. Die indirecten Fissuren gehen stets strahlenförmig von den Verknöcherungscentren aus, etwa als ob ein Hohlkegel gewaltsam auseinander gebrochen wäre, und gleichen sich in den einzelnen Fällen an den entsprechenden Knochen fast immer sehr genau. Die einzelnen Bruchstücke sind stets nach aussen gedrängt und an ihrer Basis oft eingeknickt.
Grubert.

Wojenno-medizinskij shurnal, Juni—Juli.

G. P. Grigorjew: „Ueber einen Schubkarren zum Krankentransport". (Juni).
Verf. empfiehlt an Stelle der Tragbahren den von ihm erfundenen einrädrigen Schubkarren und glaubt bei Einführung desselben in das Sanitäts-Inventar der Truppentheile einen Vortheil durch leichteren und schneller auszuführenden Krankentransport und durch Verminderung der Zahl der Krankenträger zu erlangen. Uns scheint die praktische Anwendbarkeit solcher Karren noch nicht gesichert.

W. Baulin: „Material zur Bestimmung des Wuchses, des Gewichtes, des Brustumfanges, der Lungencapacität, der Kraft der Hände und der Hebekraft bei gesunden Soldaten". (Juni bis Juli).
Verf. kommt nach seinen zahlreichen und sehr eingehenden Untersuchungen zu folgenden Schlussfolgerungen:
1) Die Zahlengrössen, welche bei Messungen erhalten werden, hängen mehr oder weniger vom Willen des zu Untersuchenden ab.
2) Eine je grössere Zahl physischer Eigenschaften eines Menschen bei der Bestimmung seines Körperbaues in Betracht gezogen werden, desto genauer fallen die Resultate aus.
3) Bei weiteren Untersuchungen muss man darnach streben genauere Methoden zu finden.
4) Sowohl sehr kleine wie sehr lange Menschen sollten in der Armee nicht dienen.
5) Die Ersteren bedingungslos — wegen schwacher Körperentwickelung,
6) die Letzteren mit dem Recht auf einen besseren Unterhalt-besonders auf eine bessere Kost.
7) Das Minimum für das Verhältniss des Brustumfanges zur Hälfte der Körperlänge ist nicht ein und dasselbe bei verschiedener Körperlänge.
8) Je grösser die Körperlänge, desto kleiner muss das Minimum sein.

9) Die Methode der Bestimmung des Gewichtes ist genauer, als diejenige der Körperlänge und des Brustumfanges.
10) Die Gewichtsbestimmung muss verlangt werden.
11) Das Minimum des Gewichtes kann später bestimmt werden.
12) Das Minimum des Gewichtes kann nicht eines und dasselbe sein bei verschiedener Körperlänge und verschiedenem Brustumfang.
13) Die theoretische Bestimmung des Gewichtes gemäss der Centimeterzahl der gegebenen Körperlänge verdient Beachtung.
14) Die wirklichen Grössen der Lungencapacität und der Muskelkraft können mit den gegenwärtig üblichen Untersuchungsmethoden erlangt werden, doch nur in den Fällen, wo für die zu Untersuchenden kein Grund vorliegt, sich zu verstellen.
15) Bei der Beurtheilung der durch Messungen erlangten Resultate muss auch die intellectuelle Entwickelung des Subjectes in Betracht gezogen werden.
16) Die Soldaten im 2. und 3. Dienstjahre sind physisch besser entwickelt, als diejenigen des 1. Dienstjahres.
17) Nach 3 Dienstjahren hört bei der Mehrzahl der Soldaten die physische Entwickelung auf.
18) Die Soldaten des St. Petersburger Gouvernements sind schwächer, als diejenigen der anderen Gouvernements.

L. J. Oscherowski: „Das Wechselfieber in Suchum". (Juli).

Grimm.

Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku № 5—7.

P. P. Burzew: „Die Korvette «Rynda» in sanitär-hygienischer Beziehung". (№ 4, 5).

J. J. Popow: „Zur Bacteriologie der Lyssa".
P. impfte einem Kaninchen eine Quantität zerriebenen Gehirns eines an Lyssa verstorbenen Pat. ein. Nach 17 Tagen starb dasselbe ohne Zeichen von Hydrophobie. Verf. ist es gelungen, sowohl in den, aus dem Gehirn des Kaninchens erhaltenen Stich- und Plattenculturen, als auch im Hirn und der Leber des Thieres Stäbchen nachzuweisen, welche etwas länger, aber bedeutend dicker als die Koch'schen sind. An den Enden zeigen dieselben Aufblähungen und sind meist hufeisenförmig gekrümmt. Impfversuche mit diesen Culturen an Kaninchen blieben erfolglos; nur bei einem trat am 14. Tage Priapismus auf, welcher schon nach 3 Tagen schwand. Sämmtliche Kaninchen blieben am Leben. Verf. hält die beschriebenen Stäbchen, welche er auch im Hirn und der Leber des Pat. nachgewiesen hat, für den specifischen Bacillus der Lyssa. Das negative Resultat der Impfversuche bezieht P. auf die Züchtung der Culturen ohne Thermostaten und darauf, dass die Impfungen ohne Trepanation ausgeführt wurden.

M. J. Kwizinski: „Notizen über die „Limane" als klimatische Stationen". (№ 5).
Am südlichen Ufer der Krim, in der Ebene gleichen Namens gelegen, zeichnen sich dieselben durch Naturschönheit, gesundes und gleichmässiges Klima aus.

A. P. Lewitski: „Strassburg, seine Hospitäler und Kliniken". (№ 5). Reiseeindrücke.

P. S. Katschanowski: „Aus dem Bericht der chirurgischen Abtheilung des Kronstädter Marinehospitals pro 1888". (№ 6).

W. N. Ssemenow: „Penetrirende Bauchwunde, Vorfall und Verletzung des Magens, Amputatio penis, Vergiftungsversuch mit Nux vomica". (№ 7).
Ein Chinese hatte sich in selbstmörderischer Absicht genannte Verletzungen zugefügt. Trotz des hoffnungslosen Zustandes, in welchem Pat. in's Hospital gebracht wurde, trat nach 1½ Monaten vollständige Genesung ein. Dobbert.

Aus russischen medicinischen Gesellschaften.

Auszüge aus dem Tageblatt der Kasan'schen ärztl. Gesellschaft, August 1889—Mai 1890.

(Nebst Beilagen,)
(cfr. diese Beilage S. 4.)

Sitzung am 24. Mai 1889.

A. W. Perschin referirt über einen Fall von „Echinokokkus retro-peritonealis", complicirt mit Schwangerschaft im 5. Monate. Heilung durch Laparotomie.

A. F. Brandt: „Zur pathologisch-anatomischen Casuistik des Echinokokkus multilocularis der Leber".

A. W. Petrow: „Ueber die Mikroorganismen des Tetanus".
In diesem Vortrage giebt P. einen kurzen Ueberblick über die seit der Entdeckung Nicolaier's angestellten Studien über Tetanusbacillen und wendet sich dann zur Besprechung seiner Untersuchungen, welche er an einem in der Klinik verstorbenen Fall von Tetanus gemacht hat. Impfungen an Thieren riefen charakteristische Krämpfe hervor; im Blute der Thiere konnte der Bacillus nachgewiesen und Culturen desselben hergestellt werden.

Es schliesst sich hieran eine Discussion, welche trotz der regen Betheiligung wenig Interessantes bietet.

Sitzung am 14. Sept. 1889.

N. J. Studenski eröffnet die Sitzung mit einem Vortrage „Ueber die Doctor-Dissertationen in den letzten 30 Jahren", worauf vom Secretär Lwow der „Rechenschaftsbericht über die Thätigkeit der Gesellschaft im verflossenen acad. Jahre" verlesen wird.

Sitzung am 17. Nov. 1889.

J. W. Godnew: „Einiges über die augenblicklich in Kasan herrschenden epidemischen Krankheiten". (Influenzaepidemie).

Tuberowski referirt über folgende Fälle: a) ein Fall von Echinokokkus unter den Mm. cucularis und rhomboidei; b) Divertikel des Dünndarmes; c) Gangrän der rechten Lunge.

Sitzung am 18. Dec. 1889.

J. W. Godnew: „Einiges über die Behandlung des Alkoholismus mit Strychnin".
Vortr. hat in mehreren Fällen von Alkoholismus subcutane Strychnininjectionen gemacht; die erzielten Resultate erlauben jedoch G. noch nicht ein endgiltiges Urtheil über den Werth des Strychnins bei der Behandlung des Alkoholismus zu fällen.

Nowizki macht, Bezug nehmend auf einige Fälle, in welchen G. das Strychnin mit negativem Resultate angewandt hat, darauf aufmerksam, dass, wenn durch Alkoholvergiftung schon Structurveränderungen der inneren Organe hervorgerufen sind, auch vom Strychnin keine guten Resultate erwartet werden dürfen.

Godnew führt dagegen die Meinung einiger St. Petersburger Aerzte an, nach welchen das Strychnin ein Antagonist des Alkohols in der Wirkung auf einige Gewebe, spec. das Nervensystem, sein soll; er selbst behält sich noch alle Schlussfolgerungen vor.

W. M. Bechterew ist der Meinung, dass bei der Behandlung des Alkoholismus, abgesehen von den verschiedenen Medicamenten, der gute Wille des Alkoholikers, von seinem Leiden befreit zu werden, eine grosse Rolle spielt. Keine der verschiedenen Behandlungsmethoden hat die Restitution der durch den Alkoholismus hervorgerufenen Organveränderungen im Auge.

Sitzung am 1. Febr. 1890.

Perschin: „Schwangerschaft, complicirt mit Carcinom der Portio vaginalis".
Vortr. beschreibt einen Fall von carcinomatöser Degeneration der vorderen Muttermundslippe mit bestehender Schwangerschaft. Normaler Verlauf der Geburt; nach derselben Exstirpation der während der Geburt zum Theil abgerissenen Geschwulst und gleichzeitige Vereinigung zweier seitlicher Cervixrisse durch Hysterotracheloraphie. Normales Puerperinm und prima intentio.
Auf die Frage Wesselizki's, weshalb die Pat. nicht während der Schwangerschaft operirt worden sei, antwortet Prof. Fenomenow: die Geschwulst war nicht von so grossen Dimensionen, dass sie ein Geburtshinderniss hätte abgeben können. Die Amputatio portionis hätte die Schwangerschaft unterbrechen, event. die Narbe eine unangenehme Complication während der Geburt werden können.

Perschin spricht über „Fremdkörper in der Vagina". (Demonstration).

Sitzung am 3. März 1890.

Gay stellt einen Kranken mit „Lichen ruber" und einen Fall von „Pithyriasis rubra" vor, deren Krankengeschichten von Dr. Bürgdorf verlesen und von Stud. Jordanski durch Mittheilung der chemischen Analyse der desquamirten Theile vervollständigt werden.
An den Vortrag schliesst sich eine Discussion über die Veränderungen der Haut bei Pithyriasis, an welcher sich mehrere der Anwesenden betheiligen.

W. D. Orlow: „Untersuchungen über Verunreinigungen der hölzernen Löffel". (Vorläufige Mittheilung).

Sitzung am 23. März 1890.

Nowizki: „Ueber bedeutende Erweiterung des Gehörganges durch langjähriges Verweilen von Ohrenschmalz-Pfröpfen", mit Demonstration eines Pat.

Derselbe spricht „Ueber Vereinfachung der Rhinoskopia posterior" und demonstrirt seine Methode an Kranken.

L. L. Lewschin referirt über die Arbeit Dr. Rodsewitsch's: „Die Steinkrankheit im Osten Russlands".
Verf. hat nach verschiedenen medicinischen Berichten und privaten Mittheilungen die Fälle von Lithiasis, welche im Ufa'schen und Orenburg'schen Gouv. und im Ural-Gebiete beobachtet worden sind, zusammengestellt. Die mühevolle und dankenswerthe Arbeit zeigt, dass die Lithiasis in diesen Gegenden kein häufiges Vorkommniss ist.

Nowizki theilt einen Fall von „Pyämia multiplex s. metastatica" mit, welcher durch Massage (Einreibung einer Salbe) eines Abscesses hervorgerufen wurde.

W. D. Orlow: „Anschauliche Bestimmung der Porosität des Brodes durch Photographie und Abdrücke eines Zwiebackes".

Vortr. hebt hervor, dass die Methode Prof. Jacobi's zur Bestimmung der Porosität nur Aufschlüsse über die Quantität der Luft enthaltenden Hohlräume im Brode giebt, die qualitative Bestimmung derselben (gleichmässige Vertheilung, Grösse etc.) durch Abdrücke ist mangelhaft, weil dieselben nur von kleinen Stücken und getrocknetem Brode gemacht werden können. Photographische Aufnahmen können von beliebigem Brode gemacht werden, geben ferner Aufschlüsse über Farbendifferenzen etc.) und können daher als beste Methode zur Bestimmung der Porosität des Brodes angesehen werden.

Die Beilagen enthalten:

1) „Ueber nicht in der Steppe bereiteten Kumys" und die Methoden zur Analyse desselben; von W. D. Orlow.

2) „Ueber die Behandlung des Alkoholismus mit Strychnin": von J. W. Godnew.

3) „Ueber die Influenzaepidemie in Kasan"; von J. W. Godnew.

4) „Schwangerschaft, complicirt mit Carcinom der Portio vaginalis"; von A. W. Perschin.

5) „Zur Casuistik der Fremdkörper in der Vagina"; von A. W. Perschin.

6) „Ein Fall von Fremdkörper in der Scheide"; von N. A. Tolmatschew.

7) „Untersuchungen über die Verunreinigungen der hölzernen Löffel"; von W. D. Orlow.

8) „Anschauliche Bestimmung der Porosität des Brodes durch Photographie und Abdrücke getrockneter Zwiebacke"; v. W. D. Orlow.

9) „Die Steinkrankheit im Osten Russlands"; von G. J. Rodsewitsch.

Dobbert.

Arbeiten der geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft in Moskau.

(cfr. diese Beilage 1889, S. 18.)

Sitzung am 17. Jan. 1890.

A. A. Muratow: „Zur Therapie der Blutungen post partum".

M. hat die Erfahrung gemacht, dass bei atonischen Blutungen die Tamponade nach Dührssen einer intrauterinen Blutung nicht vorzubeugen im Stande ist. M. hat daher in 8 Fällen, über welche er referirt, und in denen nach wiederholten intrauterinen heissen (35—37°) Irrigationen mit Creolin (½%) die Blutung nicht stand, folgendes modificirtes Verfahren angewandt: Freilegung des Muttermundes, Tamponade des Uterus mit Creolin-Marly (4—5 Arschin, 1—2 Wersch. breit), Ausfüllung der Vagina gleichfalls mit Marly. Auf den Leib wird ein mehrfach zusammengelegtes Betttuch fest gebunden, wodurch einer Vergrösserung des Uterus durch intrauterine Blutung vorgebeugt und die Gebärmutter zu Contractionen angeregt werden soll. Entfernung der Tampons und Binde am 2. Tage. Gute Resultate.

G. A. Rostowzew: „Einige Fälle von Tamponade des Uterus bei Blutungen post partum".

Es werden 7 Fälle referirt. R. verwirft die Ausfüllung des Uterus mit bedeutenden Mengen von Marly und zieht kleine Tampons aus Marly oder Watte, mit adstringirenden Lösungen (Liq. ferri sesq. 1:3—4 Glycerin) durchtränkt der Jodoform-marly vor.

J. N. Alexandrow (Gast) theilt 6 Fälle mit, in welchen er die Tamponade der Gebärmutter bei atonischen Blutungen ausgeführt hat und spricht seine Verwunderung darüber aus, dass R. nur 2—3 Quad.-Arschin Marly verbraucht hat, während er bedeutend mehr (30 Arschin!) nöthig hatte, um die Gebärmutter auszufüllen. Nach A. ist diese schmerzhafte Operation nur in Gebäranstalten und nicht in der Privatpraxis ausführbar. Die Erfolge sind zweifelhafte. Einführung der Faust in den Uterus, mit nachfolgender Massage desselben, ist seiner Meinung nach ein weniger schmerzhaftes und sichereres Mittel.

Rostowzew: Die Einführung so bedeutender Mengen von Marly in den Uterus mag einer Blutung wohl vorbeugen, muss aber eine Contraction der Gebärmutter unbedingt verhindern; durch Dehnung der Uteruswandung glaubt R. in 2 referirten Fällen den Exitus letalis hervorgerufen zu haben.

Muratow will gleichfalls durch die Tamponade den Uterus zu Contractionen anregen. Die Einführung der Faust ist, abgesehen von der Gefahr einer Infection, ein schmerzhafteres und eingreifenderes Verfahren.

G. A. Ssolowjew: Bei der Diagnose der Atonie muss ausser der Fähigkeit des Uterus zu Contractionen auch die „tonische Retraction" desselben in Betracht gezogen werden. Nach seinen Erfahrungen ist die Tamponade ein zweckentsprechendes Mittel.

A. N. Warneck hat in 1 Falle von bedeutender Blutung nach Entfernung eines Abortes mit negativem Resultate tamponirt; in einem anderen Falle, in welchem die Ausräumung eines Abortes vorgenommen worden war, konnte die bedeutende Blutung gleichfalls nicht durch Tamponade gestillt werden. Beide Pat. starben.

W. Th. Snegirew hält die angeführten Krankengeschichten für nicht ausführlich genug, findet ausserdem die Anzahl der mitgetheilten Fälle noch zu gering, um eine kritische Beurtheilung der verschiedenen Methoden zu ermöglichen.

N. J. Pobedinski demonstrirt das Präparat einer Blasenmole.

Sitzung am 28. Febr. 1890.

N. J. Pobedinski: „Myxoma chorii".

Nach einigen einleitenden Worten geht Vortr. zur Besprechung eines in der Klinik Prof. Massejew's beobachteten Falles von Molenschwangerschaft über.

S. S. Sajaizki: „Migratio ovi (spermatozoid. externa)".

S. referirt über einen Fall von Tubenschwangerschaft, welchen er zu beobachten Gelegenheit hatte. Bei der Section wurde das Ostium tubae uterinum der linken rupturirten Tube durch alte Verwachsungen vollständig verschlossen gefunden; das linke Ovarium enthielt ein Corpus luteum. Da die rechte Tube durchgängig war, glaubt Vortr. dass die bestehende Schwangerschaft in der linken undurchgängigen Tube durch eine Migratio spermatozoid. externa entstanden sei. Ein ursächliches Moment für das Zustandekommen genannter Gravidität sieht S. in einer vorausgegangenen Gonorrhoe, wie er überhaupt die in der letzten Zeit sich häufenden Fälle von Tubenschwangerschaft durch Verbreitung der Gonorrhoe unter den Frauen zu erklären sucht.

Sitzung am 21. März 1890.

A. N. Ssolowjew: „Ein Fall von Eclampsie, geheilt durch Venäsection".

Im Anschluss an die Krankengeschichte einer Primipara, bei welcher während und nach der Geburt viele eclamptische Anfälle beobachtet wurden, welche nach einer Venäsection schwanden, giebt S. einen Ueberblick über die verschiedenen Theorien über Entstehung der Eclampsie und Therapie derselben.

Dobbert.

Auszüge aus den Protokollen der Gesellschaft der Marineärzte in St. Petersburg.

Sitzung am 9. Jan. 1890.

Burzew stellt einen Pat. vor (Heizer von der Corvette „Rynda"), welcher vor Kurzem aus dem Hospital in Villa Franca zurückgekehrt ist. Die bedeutende Hitze in den Heizräumen während der Seereise in den Tropen hatte einen so verderblichen Einfluss auf den Ernährungszustand des Pat., dass sein Körpergewicht von 207 ℔ auf 140 ℔ sank. Der allgemeine Schwächezustand des Pat. gestattete endlich ein längeres Verweilen desselben auf dem Schiffe nicht mehr und er wurde in Folge dessen im Hospitale untergebracht. Es stellten sich Durchfälle, Icterus und Fieber ein. Im Hospitale wurden 3 Mal durch Punction, 1 Mal durch Incision bedeutende Mengen Eiters in der Lebergegend entleert, worauf Heilung erfolgte.

Die Mehrzahl der Anwesenden halten den eben referirten Fall für einen Abscessus subphrenicus.

Burzew theilt seine Beobachtungen über den Gesundheitszustand der Mannschaft der Corvette „Rynda" während der Reise um die Welt mit.

Lang: „Ueber die Influenza-Epidemie, nach Beobachtungen im St. Petersburger Marinehospital, Ende 1889".

Gesammtzahl der Krankheitsfälle 94. Im Allgemeinen leichter Krankheitsverlauf; ernstere Complicationen wurden nicht beobachtet.

W. Kudrin (Präsident) erkundigt sich nach den Ursachen, welche die bedeutende Zahl von Erkrankungen unter der Mannschaft der Garde-Equipage erklären könnten, da unter den Soldaten der 8. Flotten-Equipage nur vereinzelte Fälle von Influenza beobachtet wurden.

Sitzung am 23. Jan. 1890.

Jeremejew theilt einen Fall mit, welcher in Folge einer Blutung in der Nachgeburtsperiode letal verlief. VII-para; 1. Schräglage, Wendung mit nachfolgender Extraction; Atonie des Uterus, manuelle Entfernung der Placenta, welcher unstillbare atonische Blutung folgte (Tamponade des Uterus (Dührssen) wurde nicht angewandt). Bei der Section wurde in der Gegend des inneren Muttermundes eine theilweise Zerstörung des Muskelgewebes gefunden, welche wahrscheinlich durch langandauernden Druck entstanden war.

Rambach berichtet über die Influenza-Epidemie unter der Mannschaft der Garde-Equipage während des November und December 1889.

Sitzung am 6. Febr. 1890.

Hildebrand: „Zur Lehre von dem periodisch wiederkehrenden paradoxen Puls bei exsudativer Pericarditis".

In dem vom Vortr. beobachteten Falle war der paradoxe Puls in den ersten 3—4 Tagen deutlich ausgeprägt, in den folgenden Tagen wurde dagegen ein gleichmässiger, ziemlich voller Puls constatirt und nur zeitweise trat die in den ersten Tagen beobachtete Beschaffenheit des Pulses auf. Vortr. hebt hervor, dass dieses Phänomen 1) auf Schwankungen in der Stärke der Herzthätigkeit hinweisend, zur Bestätigung der Anschauung dienen kann, nach welcher der paradoxe Puls hauptsächlich als Schwächezustand der Herzmuskulatur aufzufassen ist und dass 2) das Vor-

handensein desselben eine Mediastinitis ausschliesst, weil bei letzterer ein solcher Puls continuirlich vorhanden sein muss.

Glowezki demonstrirt einige Curven verschiedener, bei gesunden Menschen durch die Respiration hervorgerufener Pulsschwankungen.

Wakulowski theilt einen Fall mit, in welchem durch Resorcin Erbrechen und Fieber bei einem Kinde bald zum Schwinden gebracht wurden.

Wosnessenski demonstrirt das Präparat eines Hygroms der Bursa infrapatellaris, welches er einem Matrosen während der Reise auf der Corvette „Witjas" exstirpirt hat.

Sitzung am 20. Febr. 1890.

Uskow: „Ueber Abweichungen des Procentverhältnisses der weissen Blutkörperchen bei einigen Krankheiten" (siehe Mediz. pribawl. k morsk. sborniku № 2—4).

Rontschewski: „Ueber die Lepra auf den Sandwich-Inseln". (Der Vortrag wird in den Medizinsk. pribawl. gedruckt werden).

Galusinski hält 1) die Eintheilung der Lepra in 3 Formen für überflüssig, weil dieselben nur Stadien einer und derselben Krankheit sind; 2) sind die Lepraknoten nicht hart, wie R. behauptet, sondern weich; 3) wurde früher die Lepra für ansteckend gehalten, in neuerer Zeit jedoch sprechen sich Autoritäten, wie Buk, gegen die Contagiosität derselben aus; 4) weist G. in Betreff der Therapie auf die subcutanen Injectionen von Resorcin hin.

Kudrin (Präsident) macht auf die Arbeit von Danielson aufmerksam, welcher streng 2 Formen der Lepra unterscheidet und meint, dass seit der Entdeckung des Leprabacillus die Anschauungen über die Contagiosität der Lepra sich ändern müssen.

Sitzung am 6. März 1890.

Schidlowski demonstrirt einen „Apparat zur Bestimmung der CO_2 und der Feuchtigkeit" und zur Verhütung von Explosionen in den Kohlengruben.

Bilibin theilt einen „Fall von infectiösem Icterus" mit.

Sitzung am 20. März 1890.

Rontschewski referirt über seine Versuche betreffend die „Heilung von Wunden der Muskulatur bei Anwendung der Antisepsis im Vergleich mit der Heilung derselben unter aseptischen Bedingungen". Diese experimentelle Studie zeigt, dass die antiseptischen Flüssigkeiten eine bedeutende degenerative Zerstörung im Muskelgewebe hervorrufen, die Heilung erfolgt aus diesem Grunde langsamer als bei Asepsis.

Glowezki theilt die Krankengeschichte eines Pat. mit, bei welchem bei der Section eine „Quetschung des rechten Nervus vagus" durch eine bedeutend vergrösserte Lymphdrüse gefunden wurde.

Murinow, Glowezki und Uskow referiren über den Krankheitsverlauf „eines Falles von Osteosarcom des Oberschenkels", in welchem wegen schnellen Wachsthums die Amputation des Oberschenkels ausgeführt werden musste.

Es werden die Berichte Dr. Issajew's von der Corvette „Admiral Nachimow" pro Dec. 1889 verlesen, aus welchen ersichtlich ist, dass in Japan Anchylostomum duodenale, Filaria sanguinis und Distoma pulmonal. häufig vorkommen. Dobbert.

Besprechungen.

„Sammlung von Aufsätzen aus dem Gebiete der Neuropathologie und Psychiatrie"; Professor A. J. Koshewnikow zu seinem 25-jährigen Doctorjubiläum von seinen Schülern gewidmet. Moskau 1890. 810 S.

Das Werk enthält im Ganzen 19 Arbeiten und zwar: Sserbski: Die unter der Benennung Katatonie beschriebenen psychischen Störungen; Darkschewitsch: Recidivirende Oculomotoriuslähmung: Jegorow: Zur Casuistik der Gliomatose des Rückenmarkes; Kirilzew und Mamurowski: Zur Lehre von der aufsteigenden Landry'schen Lähmung; Kornilow: Arthropathia tabidorum und ihre Beziehungen zur Syphilis; Korssakow: Zur Symptomatologie der polyneuritischen Form der posttyphösen Psychosen; Korssakow und Sserbski: Ein Fall von polyneuritischer Psychose mit Autopsie; Minor: Centrale Hämatomyelie; Oserezkowski: Materialien zum Studium der hysterischen Taubheit; Muratow: Ein Fall von acuter Polyneuritis mit Autopsie; Preobrashenski: Poliomyelitis anterior acuta adultorum; Lunz und Mamurowski: Ein Fall von acuter aufsteigender Alkohollähmnng; Rossólimo: Ophthalmoplegia externa polyneuritica: Roth: Zur Diagnose der Rückenmarksgliomatose; Tokarski: Das Merjatschenije und die Maladie des tics convulsifs; S. Uspenski: Ein Fall von progressiver Paralyse auf alkoholischer Grundlage; Bashenow: 4½ Jahre psychiatrischer Thätigkeit in einer provinziellen Landschaft (Semstwo); Roth und Muratow: Zur Pathologie des Grosshirns; Schatalow: Gelegentlich der differentiellen Diagnostik einiger Formen toxischer Lähmungen. — Wir werden nicht ermangeln, zu rechter Zeit über diese tüchtigen Arbeiten zu berichten. Hinze.

Ssikorski: „Ueber das Stottern". St. Petersb. 1889. Ricker. 314 Seiten. 8°.

Das vorliegende Werk scheint Ref. inhaltlich das Vollständigste zu sein, was bis jetzt über das Stottern geschrieben ist, und füllt grosse Lücken im bisherigen Wissen von dieser Affection aus. Das Buch zerfällt in 6 Abschnitte, welche die Geschichte, die Symptomatologie, den Verlauf, die Aetiologie und die Behandlung des Stotterns umfassen. Wenn Verf. in seiner Einleitung meint, dass er am besten die Abschnitte über Aetiologie und Behandlung bearbeitet habe, so muss Ref. ihm widersprechen, da auch die Symptomatologie eine eingehende Besprechung erfahren hat. Verf. beherrscht vollkommen das vorhandene Material, namentlich die Physiologie der Sprache, was seinen, mit guten Krankengeschichten illustrirten Auseinandersetzungen eine ungemeine Klarheit der Darstellung giebt. Er hat zu seiner Arbeit 167 eigene Beobachtungen, 360 Stotterfälle aus verschiedenen Erziehungsanstalten und dann das Material der Recrutirungscommissionen (1556 M.) benutzt. Wir können unmöglich die ganze Fülle des Materials auch nur kurz referiren und müssen auf das Original verweisen, doch müssen wir zweierlei hervorheben: Das Stottern hält S., wie uns scheint mit vollem Rechte, für eine Neurose des motorischen Theiles des in der linken Hemisphäre befindlichen Sprachcentrums (S. 329). Ferner zeigt das vorliegende Buch, wie wichtig die Berücksichtigung der Geschichte einer Affection sei; Verf. zeigt an der Hand derselben, dass die Hauptsachen sowohl der Pathologie, als auch der Therapie des Stotterns den alten griechischen und römischen Aerzten bereits bekannt war und dass namentlich die Therapie des Uebels sogar seit jenen grauen Zeiten Rückschritte gemacht hat. Verf. hat alle Arbeiten seiner Vorgänger gründlich durchforscht und darauf eine rationelle Behandlung begründet; angenehm berührt den Leser die objective, nur auf Thatsachen begründete Darstellung des Stoffes. In diesem Herbste wird eine deutsche Uebersetzung dieses dringend zu empfehlenden Werkes erscheinen. Hinze.

Bücher (Broschüren, Dissertationen, Berichte).

1889.

Bericht der unter dem Protectorat des Fürsten W. A. Dolgorukow stehenden Heilanstalt und Ambulanz bei der Gesellschaft für gegenseitige Hilfe der Handwerker in Moskau — Aug. 1888 bis Aug. 1889. — Moskau.

Demjanow, N. P.: Medico-statistischer Bericht über die Morbidität und Mortalität in den Militärlehranstalten für das Jahrzehnt 1876—1885. — St. Petersb.

Doroschewski: Bericht der syphilitischen Abtheilung des Bessarabischen Gouvernements-Landschaftshospitals vom 1. Nov. 1888 bis zum 1. Oct. 1889.

Jahresbericht des Tiflis'schen Michael-Hospitals für das Jahr 1888. — Tiflis.

Janowski, Th.: Zur Biologie der Typhusbacillen. — Kiew.

Jaschtschinski, S.: Die Anomalien der A. obturatoria und ihr Verhältniss zum Schenkelringe und zu Brüchen. Diss. — Warschau.

Nikolski, D.: Skizze der Organisation der Landschaftsmedicin im Perm'schen Gouvernement, Kreis Solikamsk. — Tschernigow.

1890.

Atlassow, I. I.: Klinische Beiträge zur Lehre von den Diureticis. Diss. — St. Petersb.

Bazewitsch, E. F.: Beobachtungen über die Veränderungen des arteriellen Blutdruckes und der Hauttemperatur bei Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen. Diss. — St. Petersb.

Bekarewitsch, A. A.: Zur Medico-Topographie und Statistik der Gouvernementsstadt Minsk. Diss. — St. Petersb.

Beljakow, I. W.: Klinische Beiträge zur Lehre von den Diureticis. Diss. — St. Petersb.

Berglind, A.: Die Mechanotherapie. Lehrbuch der ärztlichen Gymnastik und Massage. — St. Petersb.

Berichte über den Verlauf und die Verbreitung der wichtigsten Infectionskrankheiten im Gouvernement Kursk für Januar und Februar.

Bericht über den Verlauf der Infectionskrankheiten im Gouv. Perm für April.

Bericht des Moskauer Evangelischen Hospitals für das 6. Jahr seines Bestehens, Nov. 1888 bis Oct. 1889. — Moskau.

Berichte, Halbmonatliche, des Sanitätsbureaus des Gouvernements-Landschaftsamtes über die Infectionskrankheiten im Ssaratow'schen Gouvernement.

Bericht über die Mortalität in Moskau, Januar bis April 1890.

Berlinski, N. W.: Zur Frage des Nachweises von Arsenik bei gerichtlich-chemischen Untersuchungen mittelst Electrolyse im Marsch'schen Apparate. Diss. — St. Petersb.

Bubnow. S. Th.: Zur Frage der rationellen Heiz- und Ventilationseinrichtungen. Diss. — Moskau.

Bujko, L. M.: Das Schlammbad Tinaki. Diss. — St. Petersb.

Dochmann, A. M.: Der Kumys und seine Bedeutung bei der Behandlung verschiedener Krankheiten. — Kasan.

Дозв. ценз. Спб. 26 Сентября 1890 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.

UEBERSICHT

UEBER DIE

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 9. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». **1890.**

Medizinskoje Obosrenije № 11—14.

A. Natanson: „Ein Fall von Influenza mit Pleuropneumonie und beiderseitiger Irido-chorioiditis embolica". (№ 11). Abgedruckt in № 24 dieser Wochenschrift.

Dobronrawow: „Ein Fall von acuter aufsteigender Landry-scher Lähmung". (№ 11).

Rasch aufsteigende Lähmung aller 4 Extremitäten bei erhaltener Hautsensibilität und schwach ausgeprägten Sehnenreflexen, sonst Alles normal, am 9. Tage Harnverhaltung und erschwertes Athmen, am 10. Tage Tod. Die makroskopische Untersuchung des Rückenmarkes gab ein negatives Resultat.

Galin: „Zur Casuistik der Facialislähmungen in Folge von chronischem Mittelohrcatarrh und die chirurgische Behandlung der Paukenhöhle bei denselben". (№ 11).

In den zwei ziemlich weitläufig mitgetheilten Fällen wurde die Facialislähmung nach Auskratzen der Trommelhöhle mit dem scharfen Löffel bedeutend gebessert, im zweiten Falle sogar geheilt; hinsichtlich des Befundes an den Ohren sei auf das Original verwiesen. Vf. hält das Auskratzen der Paukenhöhle in solchen Fällen für vollkommen indicirt.

Ssegal: „Ueber den Charakter der Hallucinationen bei hystero-epileptischen Anfällen in ihrer Abhängigkeit von einer Reizung der Sinnesorgane". (№ 11).

Verf. hat bei einer hystero-epileptischen Kranken während eines mit Bewusstseinsverlust verbundenen Anfalles versucht, durch Reizung der Sinnesorgane Hallucinationen hervorzurufen, was ihm auch am Acusticus und Opticus gelungen ist; besonders interessant sind auch in praktischer Beziehung die Gesichtstäuschungen; diese wurden durch das Vorhalten farbiger Gläser vor das eine der beiden, während des Versuches geöffneten Augen hervorgerufen und waren bei gewissen Farben die Hallucinationen angenehmer, bei anderen aber unangenehmer Natur: zu ersteren Farben gehörten Gelb und Violett, zu letzteren Roth, Grün und Blau. Durch Suggestion konnten bei demselben Glase unangenehme Hallucinationen in angenehme und umgekehrt verwandelt werden und zwar geschah dieses allmälig im Verlaufe einiger Minuten; man konnte dann am Gesichtsausdrucke der Kranken den Kampf der beiden einander entgegengesetzten Vorstellungen deutlich beobachten. — Hieraus folgt, dass die Färbung der Umgebung für hysterische und psychische Kranke durchaus nicht gleichgiltig ist, sowohl für die Gemüthsstimmung, als auch für die Heilung.

B. Peirosch: „Rheostat und Commutatorelektrode". (№ 11).

Genaue Beschreibung zweier Elektroden, welche den Rheostaten und den Stromwender an den stationären Apparaten ersetzen sollen.

A. W. Borissow: „Zur operativen Behandlung des Empyems". (№ 12).

Verf. redet auf Grund einer von ihm gemachten Beobachtung der Resection der 9. oder 10. Rippe bei der Empyemoperation das Wort, weil bei Resection höher gelegener Rippen (6., 7., 8) sich leicht tiefe Taschen bilden. Dieses bezieht sich auf freie, nicht eingekapselte Empyeme.

J. M. Ssubbotin: „Ueber abnehmbare Gypscorsets in der Landpraxis". (№ 12).

Verf. fügt dem zum Benetzen des Gypses benutzten Wasser, um ihn etwas elastischer zu machen, ein wenig Alaun (1½ Theelöffel auf 3 Glas warmen Wassers) hinzu. Auf den blossen Körper wird eine Jerseyjacke angezogen und dann die Gypstouren angelegt, nach 1—2 Minuten wird mit Hilfe eines Lineals eine gerade Linie in der Mitte des Brustbeins gezogen, der Gypsverband mit einem bauchigen Bistouri aufgeschnitten und von oben nach unten vom Körper abgezogen. Nach 2 Tagen wird das Jersey am oberen Rande zusammengenäht, nachdem dessen äusseres Blatt mit Gummi unterklebt worden ist, die Schnittränder werden 3 Querfingerbreit mit Sämischleder überzogen und mit dickem Gummischleim beklebt, an das Leder werden hakentragende Riemen angenäht und das Corset ist fertig.

A. Archangelskaja: „Ein Fall von Muskelechinokokkus". (№ 12).

Hühnereigrosser Echinokokkus am linken Schulterblatte, welcher durch die Oeffnung einer Probepunction herausgezogen wurde; Heilung per secundam intent.

A. Hirsch: „Ueber die Behandlung der Diarrhoea im Kindesalter mit feuchten Einwickelungen". (№ 12).

Verf. lobt sehr die von Winternitz (Behandlung der Diarrhoea im Kindesalter. Wien 1868) empfohlenen feuchten Einwickelungen bei acuten, durch den grossen Säfteverlust einen bedrohlichen Charakter annehmenden Darmcatarrhen, sowie auch bei solchen chronischen, die allen diätetischen und pharmaceutischen Maassregeln trotzen. Diese Methode kann auch bei heruntergekommenen Kindern angewandt werden, wird aber bei sehr niedriger Körpertemperatur und im algiden Stadium der Cholera in der Weise verändert, dass der kalten Einreibung eine Einwickelung in trockene Wolleutücher nachgeschickt wird. Die feuchten Einwickelungen erregen reflectorisch die vasomotorischen Nerven; die Hautgefässe erweitern sich nach vorhergehender Verengerung und leiten unter Anderem auch von den zahlreichen Darmvenen ab, sie stillen den Leibschmerz, geben ruhigen Schlaf, verlangsamen die Herzcontractionen, vertiefen und reguliren die respiratorischen und die peristaltischen Darmbewegungen, vertheilen die Bewegung des Blutes in regelmässigerer Weise; durch Verminderung der Blutmenge in den Gefässen des Darmes wird dessen Absonderung vermindert.

Die Einwickelungen werden alle 8—12 Stunden gewechselt; acute Fälle heilen in kurzer Zeit, chronische in 1—2 Wochen.

G. E. Wladimirow: „Ueber Entzündung der Speicheldrüsen bei Kindern". (№ 12). Aus dem Kinderhospital des Heil. Wladimir in Moskau.

Die Fälle primärer Entzündung der Speicheldrüsen sind im Ganzen recht selten und sind solche von Löschner, Soltmann, Penzoldt und Henoch beschrieben worden. Verf. hat in dem oben genannten Hospital 3 Fälle dieser Affection beobachtet und kurz mitgetheilt, bei allen wurde ein nicht allzu hohes Fieber und die, in diffuser Schwellung des Bindegewebes befindliche, etwas druckempfindliche, vergrösserte Submaxillardrüse constatirt, diese Erscheinungen verschwanden nach 3—5 Tagen. Interessant ist der 3. Fall, in welchem gleichzeitig ein 6-jähriger Bruder der Kranken an doppelseitiger Parotitis erkrankt war, mithin rief bei dieser Hausepidemie dieselbe krankmachende Ursache in dem einen Falle Parotitis, in dem anderen aber eine Entzündung der Submaxillaris hervor. Die differentielle Diagnose von Periostitis, Lymphadenitis und der Tillaux-schen plötzlichen Anschwellung der Submaxillaris in Folge von Speichelretention ist nicht schwer. Die Infection geschieht bei der Parotis durch Vermittelung des Stenon'schen Ganges, bei der Submaxillaris durch den Wharton'schen Gang, welcher aber wegen seiner versteckten Lage, der engen, reichlich vom Speichel umspülten Mündung weniger leicht inficirt werden kann und ausserdem durch die Zunge in Ruhelage gleichsam abgeschlossen wird. Daraus erklärt sich die seltene Erkrankung der Submaxillardrüsen bei Soor und Stomatitis aphthosa und ulcerosa.

N. von Stein: „Das electrische Licht als therapeutisches Agens". (№ 12).

Verf. hat in einigen 10 Fällen von Nasenrachenaffectionen, in welchen er Durchleuchtungsversuche mit electrischen Glühlämpchen in einem ad hoc construirten, in dem vorliegenden Aufsatze abgebildeten Apparate (Photophor) anstellte, die Beobachtung gemacht, dass *das electrische Licht schmerzstillend* wirke. Ob nun die ultrarothen Wärme-, die ultravioletten chemischen Strahlen, diese beiden zusammen oder alle Theile des Spectrums gemeinsam diese Wirkung ausüben, ist noch nicht festgestellt, ebenso wenig die Wirkung des Bogenlichtes; bis jetzt hat Verf. gefunden, dass kleine Glühlämpchen von 3—4 V, welche wenig Wärme entwickeln, besser als grössere von 10—12 V wirken, mithin zur Heilung weniger eine Einwirkung der Lichtstrahlen auf die Haut, als ein Eindringen derselben in die Tiefe der letzteren nöthig sei.

J. Wernitz: „Zur Casuistik der Behandlung des Uteruskrebses durch vaginale Exstirpation und mittelst Electricität nach Apostoli". (№ 13, 14).

Verf. beschreibt 2 Fälle von erfolgreicher vaginaler Exstirpation krebsiger Gebärmütter und 4 Fälle von Galvanisation carcinomatöser Uteri nach der Apostoli'schen Methode. Letztere wurde 3 Mal bei exulcerirtem, 1 Mal bei weit verbreitetem Krebs der Gebärmutter angewandt und hatte in der Weise eine gute Wirkung, dass die Schmerzen verschwanden, der Zerfall der Neubildung und Blutungen angehalten wurden, weshalb Verf. die Apostoli'sche Methode in nicht operirbaren Fällen anzuwenden räth.

Ssobolew und Galperin: „Zwei Fälle von Ovariotomie in der Landpraxis". (№ 13, 14).

2 Fälle mit günstigem Ausgange.

M. A. Perow: „Zur Casuistik der Ovariotomien in der Landpraxis". (№ 13, 14).

Genaue Beschreibung eines glücklich verlaufenen Falles.

W. P. Sserbski: „Die unter dem Namen Katatonie beschriebenen Formen von Geistesstörung". (№ 13, 14).

Kritische Sichtung der Frage von der Katatonie, welche in

Thesenform gebracht ist; zum Referat ungeeignet, Specialisten aber sehr zu empfehlen. Resultat: die Katatonie ist keine selbständige Krankheit.

W. K. Hirschberg: „Ueber die Anwendung der Massage bei Augenkrankheiten". (№ 13, 14).

Verf. hat die Massage bei Augenkrankheiten nach der Pagenstecher'schen Methode angewandt, nur fixirt er dabei nicht das Lid durch Ergreifen der Wimpern, sondern legt den Finger auf dasselbe, was weniger schmerzhaft ist. Sehr gute Wirkung bei Blepharitis marginalis, Conjunctivitis phlyctaenul. (Massiren mit einer Salbe von Ung. praec. flav.), Conjunctivitis follicularis (nach Heisrath directes Massiren der Uebergangsfalte mit Jodkalisalbe), Trachom (unmittelbar), Keratitis phlyctaenulosa, besonders gut aber bei Cornealtrübungen. Die von Pagenstecher und Lange empfohlene Massage des Bulbus bei Glaucom konnte Verf. in 2 Fällen wegen Schmerzhaftigkeit desselben nicht ausführen.

S. N. Loshetschnikow: „Ueber einige seltene Eigenthümlichkeiten des Glaucoms". (№ 13, 14).

Cf. Westnik Oftalmologii, Mai-Juni-Heft. (Ref. S. 22 d. Beil.).

Derselbe: „Zur Casuistik der Heilungen von Netzhautablösungen". (№ 13, 14).

Cf. Westnik Oftalmologii, März-April-Heft. (Ref. S. 22 d. Beil.).

J. N. Obolenski: „Der Copaivabalsam als Diureticum". (№ 13, 14).

Ueber dieses Thema giebt es in der Literatur nur kurze Bemerkungen, u. A. von Strümpell, Ziemssen, Binz, Köhler und 11 klinische Beobachtungen, welche von Breedi (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1877, Bd. 19, S. 511) gesammelt worden sind. Verf. hat deshalb in seiner Klinik (Charkow) in 9 Fällen den Balsam auf seine diuretische Wirkung hin geprüft und zwar 5 Mal an Klappenfehlern (4 Insuffic. v. mitral., 1 Insuffic. valv. semilun. aortae), 3 Mal bei atrophischer Lebercirrhose und 1 Mal bei einem Unterleibstumor. Aus seinen Beobachtungen zieht er folgende Schlüsse:

1) Der Copaivabalsam besitzt ausgesprochene diuretische Wirkung, wodurch die Beobachtungen älterer Aerzte vollkommen bestätigt werden.

2) Die diuretische Wirkung des Copaivabalsams übertrifft die der Digitalis, Convallar. majal., Adon. vern. etc.

3) Sie tritt sehr rasch auf, meist am Ende des ersten Tages.

4) Sie ist recht beständig und anhaltend und dauert auch während 2—3-wöchentlichen Gebrauches fort.

5) Der Copaivabalsam hat unangenehme Nebenwirkungen, wie Sodbrennen, Ructus, häufigeren, aber nicht starken Harndrang, Leibschmerzen und flüssige Stühle und Auftreten von rothen Blutkörperchen im Harne.

Diese Nebenwirkungen sind aber nicht stark, die Einwirkung auf die Nieren wurde nur einmal gesehen. Hinsichtlich der Wirkung des Balsams bei Nierenkrankheiten kann O. wegen zu geringen Beobachtungsmateriales nichts Bestimmtes sagen.

Der Copaivabalsam wirkt nach Binz direct auf die Nieren, indem er ihre Gefässe erweitert, doch kann eine Beeinflussung der Nierennerven durch den Balsam nicht ausgeschlossen werden.

Die aufgeführten Daten werden durch Tabellen illustrirt, welche die Wirkung der verschiedenen Diuretica bei den 9 Kranken darstellen. — Der Copaivabalsam wurde in Emulsion zu Gr. 20—40 pro die gegeben.

K. P. Basilewitsch: „Antifebrin bei der Behandlung von harten und weichen Schankergeschwüren". (№ 13, 14).

Verf. hat in 2 Fällen von hartem und 1 Falle von weichem Schanker eine rasche Reinigung der Geschwüre nach Bestreuen derselben mit reinem Antifebrin gesehen; in einem Falle von Ulcus durum war freilich gleichzeitig eine specifische Behandlung eingeleitet. (Sollten 2 Fälle genügend sein, um die Wirkung eines Mittels festzustellen? Ref.).

A. G. Silbermünz: „Zur Behandlung des Erysipelas, des Trippers und der Acne vulgaris". (№ 13, 14).

1) S. hat nach dem Vorschlage von Hamburger (Wiener med. Wochenschr. 1889, № 27) in einem schweren Falle von Gesichtsrose nach 2 Mal täglichem energischem Bestreichen der entzündeten Haut mit Jodtinctur in 2 Tagen Abfall der Temperatur und Verschwinden des Exanthems gesehen; das Auftreten von Blasen durch die vom Jod gesetzte Hautreizung hält S. für ein Zeichen des Aufhörens des erysipelatösen Processes.

2) S. behandelte mehrere Fälle von Tripper mit Einspritzungen von Rp. Hydrargyri salicylic. Gr. 3, Aq. destill. ℥Vj, G. arab. q. s. ad emulsionem. DS. 3 Mal täglich eine Spritze, später auf 6—9 Gran gestiegen; dieses geschah bei acutem Tripper, den chronischen hat Vf. aber gleich mit der Friedheim'schen Formel (Gr. 8 ad ℥VI) behandelt und ist mit dem Resultate äusserst zufrieden.

3) Die Acne vulgaris behandelt S. folgendermaassen: Waschung des Gesichtes mit dem Hebra'schen Kalispiritus, Anwendung des Hebra'schen Schlüssels und der Scarificationsnadel bei oberflächlichen, resp. tieferliegenden Knoten, dann Abwaschen mit Seifenspiritus und Auftragen der Zeissl'schen Paste, welche Nachts über liegen bleibt. Später methodische Massage des Gesichtes. Heilung nach 6 Wochen.

S. Lipez: „Ein Fall von Atropinvergiftung". (№ 13, 14).

11-monatliches, sehr heruntergekommenes Kind, welches von der Mutter aus Versehen 1/2 Gran Atropin. sulfur. erhalten hatte, erst nach 5½ Stunden 1/24 Gran Pilocarpin subcutan erhielt, sich nach einer eben solchen Injection erholte, nach 3 Stunden 1/30 Gran Morphium subcutan erhielt und darnach genas.

W. M. Bechterew: „Zur Frage von der Function des Kleinhirns". (№ 13, 14).

Polemik gegen die von Prof. Gowers in № 7 des neurologischen Centralblattes ausgesprochene Ansicht, dass der mittlere Kleinhirnlappen den coordinirten Bewegungen durch Vermittelung der psychomotorischen Region des Grosshirns vorstehe und mit der letzteren in anatomischer Verbindung stehe. Es ist wegen des zu speciellen Inhaltes und wegen Mangels an Raum hier unmöglich, dem Verf. in seinen höchst scharfsinnigen Widerlegungen zu folgen; wie es aber Ref. scheint, ist Gowers Ansicht nicht haltbar.

Derselbe: „Ueber die relative Entwickelung und die verschiedenen Lagen der Pyramidenstränge beim Menschen und bei Thieren und über das Vorkommen von Fasern in denselben, welche sich durch eine frühzeitigere Entwickelung auszeichnen". (№ 13, 14).

Zu speciell für ein Referat; Anatomen und Neurologen seien auf das Original verwiesen.

W. W. Tschirkow: „Ueber die Bestimmung des Hämoglobingehaltes des Blutes auf spectro-photometrischem Wege". (№ 13, 14). Apparat von Glan.

Sehr genaue spectro-photometrische Versuche. Tsch. kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Das Glan'sche Spectrophotometer giebt sehr genaue Daten über die Menge des Hämoglobins.

2) Die Angaben des Instrumentes sind nur bei Anwendung der doppelten Vierordt'schen Formel zu verwerthen.

3) Bei der Untersuchung von Lösungen pathologischen Blutes muss man an die Möglichkeit, Methämoglobin anzutreffen, im Auge behalten. Hinze.

Russkaja Medizina № 27—35. 1889. (Nachtrag.)

Wadsinski: „Ueber Massage". (№ 27—32).

Nachdem Verf. bereits vor 2 Jahren im „Westn. oftalmol." Mittheilung über seine günstigen Resultate bei Behandlung des Trachoms und von Krankheiten der Cornea mittelst Massage gemacht hat, berichtet er jetzt über die Erfolge, welche er bei Anwendung der Massage in verschiedenen anderen Krankheiten gehabt hat. Im Ganzen ist die Massage von ihm in 110 Fällen angewandt worden, welche 15 verschiedenen Krankheitsgruppen angehören, für deren jede behufs Illustration des Verfahrens und des Erfolges 1—2 Krankheitsgeschichten angeführt werden.

Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Die Massage ist eines der besten Mittel bei Behandlung von Rachen- und Kehlkopfcatarrhen, Contusionen, Distorsionen und Synovitiden, Rheumatismus und Orchitis, chronischem Magen- und Darmcatarrh und Neuralgien. 2) Sie kann auch als gutes Unterstützungsmittel bei anderen Krankheiten dienen, bei welchen die Hauptbehandlung im Gebrauch von inneren Arzneimitteln oder in Besserung der allgem. Ernährung bestehen muss, wie z. B. bei Adenitiden und Scorbut. 3) Bei äusseren Krankheiten, namentlich chirurgischen, äussert sich die Wirkung der Massage namentlich bei gleichzeitiger Anwendung von warmen Bädern, noch schneller und deutlicher. (In einem Falle von Periostitis femoris und in 2 Fällen von Pleuritis exsud. hat W. trotz sorgfältiger Massage während eines ganzen Monats keinen Erfolg gehabt). 4) Dass vom Arzte persönlich die Massage ausgeführt werde, ist nicht unerlässlich nothwendig, da ein gesunder und gut ausgebildeter Feldscher oder Schüler unter der Leitung des Arztes ein guter Masseur sein kann.

D. Nikolski: „Die Behandlung von Wunden und Geschwüren mit Tischlerlack". (№ 28).

Nach N.'s Erfahrung ist der Tischlerlack ein billiges und gutes adstringirendes und hermetisch deckendes Verbandmittel bei Wunden und Geschwüren. Zu diesem Zweck wird die Wunde mit einer desinficirenden Flüssigkeit abgewaschen, mit Watte abgetrocknet und dann mit Lack bepinselt. Eine Marly-Compresse mit Watte und darüber eine Binde vollenden den Verband, welcher nach 1—2 Tagen gewechselt wird.

Sprenshin: „Ein Fall von Vergiftung mit Sem. Stramonii". (№ 28).

Das Mittel, auf den Rath einer Bäuerin von einem Intermittenskranken eingenommen, hatte in kurzer Zeit den Tod zur Folge.

Bobrizki: „Ein Fall von Atresia ani vesicalis". (№ 28).

Proctotomie mit nachfolgender Proctoplastik. Exitus letalis.

Rodionow: „Zur Behandlung der Dysenterie mit Naphthalin". (№ 29).

In allen 4 von R. beschriebenen Dysenteriefällen hörten nach



Application von zwei bis drei Klystieren von Naphthalin (gr. jj auf ℥jj Decoct. Salep) die Schmerzen, Tenesmen und Stuhlentleerungen auf und es trat bald Genesung ein.

Talysin: „Zur Behandlung des chronischen Gelenkrheumatismus". (№ 29).

T. wendet bei chron. Gelenkrheumatismus Kochsalz in Form von Compresses échauffantes mit Erfolg an. Auf die feuchte Compresse wird eine dicke Salzschicht gestreut, diese etwas angefeuchtet und dann auf das kranke Gelenk gelegt. Die Compresse wird in üblicher Weise mit Wachstuch, Flanell und Binde bedeckt. Nach 4 Stunden wird die Salzschicht erneuert und die Compresse wieder applicirt. In 11 derartig behandelten Fällen hat Verf. durchschnittlich in 3 Wochen ohne innere Medicamente den gewünschten Erfolg erzielt. Aus seinen Beobachtungen zieht Verf. den Schluss, dass das Salz in den Compressen nicht durch die feuchte Wärme der Compressen und auch nicht durch den Hautreiz allein wirkt, da in fast allen diesen Fällen feuchte Wärme und Hautreize (T. jodi, Senfteige) schon vorher angewandt worden waren, ohne dass sich ein heilsamer Einfluss auf den Krankheitsprocess bemerkbar gemacht hätte. Erst bei Anwendung des Salzes trat rasch Linderung der Schmerzen und Abnahme der Geschwulst ein.

E. Obraszow und N. Petrow: „Ein Fall von gleichzeitiger Actinomycose und Mycosis mucorina beim Menschen". (№ 29).

Der vorliegende casuistische Beitrag ist von nicht geringer Bedeutung, insofern bisher wohl kein Fall einer derartigen Mischinfection in der Literatur bekannt geworden ist. Es handelte sich um eine 19-jährige, äussert abgemagerte Bäuerin, welche mit Husten, Brustschmerzen und Infiltration der Haut der linken Brusthälfte in's Kasansche Landschaftshospital aufgenommen wurde und daselbst nach 3 Wochen starb. Da Syphilis und Tuberculose ausgeschlossen werden konnten, so wurde schon intra vitam die Diagnose auf Actinomycose gestellt, obschon die mikroskopische Untersuchung des Eiters aus den Hautknoten negative Resultate ergab. Die Autopsie bestätigte die Diagnose. Es fand sich Actinomycose der linken Lunge, Pleura und des Mediastinum. In der rechten Lungenspitze waren mykotische Herde (Mycosis mucorina) und an der linken Brusthälfte Hautactinomycose vorhanden. Als primärer Sitz der Erkrankung ist mit Wahrscheinlichkeit die linke Lungenspitze anzusehen.

Woropajew: „Ein Fall von Echinokokkus der Lungenspitze mit Ausgang in Genesung". (№ 29).

Dieser Fall gehört zu den seltenen, sowohl hinsichtlich des Organes, in welchem der Echinokokkus sich vorfand, als auch hinsichtlich der Stelle in diesem Organ (Lungenspitze). Interessant ist derselbe auch in der Beziehung, dass der Echinokokkus sich hier bei einem noch jungen, erst 15-jähr. Subjecte entwickelte, recht grosse Dimensionen (mehr als Faustgrösse) erreichte, im Lungenparenchym in seiner Umgebung Eiterung hervorrief und dann mit dem Eiterherde durch den Bronchus nach aussen durchbrach. Die zurückbleibende Höhle vernarbte im Laufe eines Monats fast spurlos.

N. Petrow: „Zur Aetiologie des Tetanus". (№ 30 und 31).

P. bestätigt durch seine bacteriologische Untersuchung eines Falles von Wundstarrkrampf (nach Exstirpation eines Fibroma sarcomatosum in der Leistengegend) die Erzeugung von Tetanus durch die von Nicolaier als specifische Infectionserreger angesprochenen anaëroben Bacillen mit Köpfchensporen. Es gelang ihm durch Impfung mit Reinculturen dieser Tetanusbacillen bei Mäusen in 24 Stunden einen charakteristischen Tetanus hervorzurufen.

Steinberg: „Zur Casuistik der theilweisen Amputation des Netzes". (№ 30).

Drei Fälle — 2 bei Bauchwunden und 1 bei Herniotomie.

Land: „Ein Fall von Miliartuberculose der Lungen". (№ 30).

W. Orlow: „Bericht über das Landschaftshospital in Borowitschi für das Jahr 1888". (№ 28—30).

Kalantarow: „Abnorme Lage des Colon descendens, des S. Romanum, des Rectums und der linken Niere". (№ 31).

Schustow: „Krämpfe bei Syphilis des Schädels". (№ 31).

In Folge einer halbwallnussgrossen Geschwulst am Stirnbein (entsprechend der 3. und 4. Hirnwindung) traten klonische Krämpfe in der rechten Gesichtshälfte und im rechten Arm mit Kopfschmerz, Schwindel und Verlust der Sprache auf. Die Anamnese ergab als Ursache Syphilis. Energischer Gebrauch von Jodkalium innerlich und Einreibung einer Jodsalbe in die Geschwulst bewirkte bald Schwinden der Geschwulst und allgemeine Besserung.

A. Pawlowski: „Die zeitgenössische Chirurgie des Westens und ihre hervorragendsten Repräsentanten". (№ 32—35).

Diese in mancher Beziehung interessanten Schilderungen und Bemerkungen über westeuropäische chirurgische Kliniken und namentlich über deren Leiter stammen aus der Zeit von 1886—88, wo Verf. sich in Deutschland, Oesterreich und Frankreich aufhielt, um sich an den dortigen Kliniken in der Chirurgie zu vervollkommnen.

Pargamin: „Ueber die Mittel, welche zur Verhinderung der Conception dienen". (№ 32 und 33).

Nachdem Verf. das ganze Arsenal alter und neuerer Mittel zur Verhinderung der Gravidität besprochen, betont er zum Schluss, dass keines dieser Mittel als unschädlich anzusehen ist und dieselben daher auch vom Arzte nur in dringenden Fällen (krankhafte Zustände der Frau) angewandt werden dürfen.

Rodkewitsch: „Ein Fall von Lyssa trotz Pasteur'scher Schutzimpfung". (№ 32).

Im Juni 1888 wurden in der Stadt Bjela (Gouv. Siedlce) mehrere Kinder, darunter auch die 6-jährige Helene B., von einem Hunde gebissen, der nachher nicht ausfindig gemacht werden konnte. Von diesen Kindern wurde nur die kleine Helene, nachdem R. die Wundstellen mit rauchender Salpetersäure geätzt, nach Warschau zu Dr. Buiwid gebracht, welcher 8 Impfungen nach Pasteur'scher Methode an ihr vornahm und sie dann als gesund entliess. Acht Wochen später erkrankte dieselbe jedoch und starb unter allen Zeichen der Tollwuth, während die anderen, ungeimpft gebliebenen Kinder gesund geblieben sind. Es ist auffallend, dass der Hund von so vielen Kindern nur die Helene B. inficirt hat, obschon letztere durch 2 Kleidungsstücke in die Schulter, ein Knabe aber direct in den blossen Arm gebissen worden war. R. sind noch 2 analoge Fälle bekannt, in denen die beiden gebissenen Personen nach den Pasteur'schen Schutzimpfungen an der Tollwuth erkrankten, während die Hunde, von welchen die Bisse herrührten, unzweifelhaft gesund geblieben sind.

Jaroschewski: „Das Salzfleisch als Nahrungsmittel in den grossen Arbeiter-Artels". (№ 33).

Verf. sah nach längerem Gebrauch von gutem Salzfleisch (Brot, Kohl, Grütze und das Trinkwasser waren dabei ebenfalls von guter Beschaffenheit) unter Eisenbahnarbeitern ein Mal Scorbut, in zwei anderen Jahren Dysenterie in zahlreichen Fällen (bei 25% aller Arbeiter) auftreten. Nach dem Gebrauch von frischem Fleisch hörten diese Krankheiten bald auf. Für die Ursache des schädlichen Einflusses des Salzfleisches auf den Organismus hält Verf. mit Garrot den Mangel an Kalisalzen im Salzfleisch.

Welitschkin: „Ein Fall von Apoplexia cerebri". (№ 33). Complicirt mit acutem Decubitus, trotzdem Ausgang in Genesung.

Schulze: „Eine seltene Form von Leberabscess". (№ 34).

Der Leberabscess war verlöthet mit dem Zwerchfell und der Costalpleura, ohne Perforation. Durch Punction (im VI. Intercostalraum in der Mitte zwischen Mammillar- und Axillarlinie) wurden ca. 2 ℔ Eiter entleert. Metastasen, letaler Ausgang.

Woskressenski: „Zur Frage der Sterilität der Frauen". (№ 35).

Tronow: „Ein Fall von Amputation des Unterschenkels bei allgemeiner Tuberculose". (№ 35).

Trotz constatirter Lungentuberculose wurde auf dringendes Verlangen des Pat. die Amputation des tuberculös-cariös afficirten Unterschenkels im oberen Drittel vorgenommen. Die Amputationswunde verheilte und es bildete sich ein fester Stumpf.

Schimanski: „Bothriocephalus latus als Ursache der perniciösen Anämie". (№ 35).

Bei einer 30-jährigen Frau, welche schon in der letzten Zeit der Gravidität an grosser Schwäche und Ohnmachten gelitten hatte, entwickelte sich bald nach der Entbindung hochgradige Anämie mit Erbrechen, Durchfällen, systolischem Geräusche an der Herzspitze, in den Carotiden, Jugularvenen, Schwindel, Ohnmachten, Pulsbeschleunigung und erhöhter Temperatur. Die Diagnose wurde auf perniciöse Anämie gestellt und Argent. nitric. mit Opium, sowie forcirte Ernährung mit Fleischpepton, Milch, Eiern, Wein und Kaffee verordnet. Nachdem der Kräftezustand gehoben, wurde zum Abtreiben des Bandwurmes, an welchem Pat. seit dem 16. Lebensjahre gelitten und dessen Proglottiden täglich abgingen, geschritten. Nach einer Dosis von 2 Drachmen Extr. Filicis maris aeth. entleerte sich eine solche Masse von Proglottiden, dass dieselben eine 10 ℔ Wasser fassende Burke füllten. 4 Köpfe von Bothrioceph. latus wurden in der Masse gefunden. Schon am nächsten Tage schwanden alle obenerwähnten Symptome und es kam in überraschend kurzer Zeit vollständige Genesung zu Stande.

(Es ist dies wieder ein Fall, der — analog den von G. Reyher u. A. beschriebenen Fällen — nach seinem ganzen Symptomencomplex durchaus als perniciöse Anämie imponirte und daher anfangs dafür gehalten werden konnte, bei Berücksichtigung der rapiden Genesung nach dem Abtreiben des Bandwurmes aber als wahre perniciöse Anämie angezweifelt werden muss, zumal auch der Nachweis für die Alteration des Blutes, den wichtigsten und constantesten Befund bei dieser Krankheit, fehlt, indem die Blutuntersuchung unterlassen worden ist. Ref.). Bernhoff.

Westnik obschtschestwennoj gigieny, ssudebnoj i praktitscheskoj mediziny № 6—8.

W. N. Dmitrijew: „Die klimatischen Verhältnisse des Südufers der Krim". (№ 5—7).

Verf. theilt die von ihm in Jalta im Laufe von 20 Jahren angestellten meteorologischen Beobachtungen mit. Dieselben beziehen sich auf: 1) die Temperaturverhältnisse; 2) Feuchtigkeit der Luft und Niederschläge; 3) Druck und Bewegung der Luft; 4) elektrische und optische Erscheinungen; 5) allgemeine Charakteristik der einzelnen Monate. Nach den Daten des Verf. zeichnet sich das Klima des südlichen Krimufers dadurch aus, dass es ungewöhnlich gleichmässig und gemässigt ist.

N. Ratschinski: „Ueber die Anwendung der Hapsaler Schlammbäder". (№ 5 und 6).

R. hat an 7 Personen vor, während und nach der Anwendung von Schlammbädern Messungen resp. Beobachtungen ausgeführt, betreffend die äussere und innere Körpertemperatur, den Blutdruck, die Pulsfrequenz, die Athemfrequenz, den Effect des Aesthesiometers, die Muskelkraft, den Allgemeinzustand und die subjective Empfindung. Gestützt auf die Resultate seiner Beobachtungen stellt Verf. die Indicationen und Contraindicationen zur Anwendung der Hapsaler Schlammbäder auf.

A. G. Korezki: „Zur Frage von den russischen Mineralwässern". (№ 6).

Nach einer Skizzirung des Reichthums unserer Heimath an Mineralquellen, Thermen, Schlammlagern etc., wirft Verf. die Frage auf, warum die einheimischen Curorte so wenig prosperiren. Er findet den Grund hierfür in der mangelhaften Einrichtung derselben, welche ihrerseits bedingt ist durch die Unzulänglichkeit der privaten Mittel, und führt in überzeugender Weise den Beweis, dass nur eine zeitweilige Verstaatlichung der Curorte zum Ziele führen kann. Der Nutzen, welcher dem Staate aus dieser allerdings enorm kostspieligen Maassnahme mit Sicherheit erwachsen würde, wäre darin zu sehen, dass eine ungeheure Summe russischen Geldes, welche jetzt alljährlich in ausländischen Badeorten verausgabt wird, dem eigenen Lande zu Gute käme, dass ferner der Wohlstand der mineralquellenreichen Gegenden sich bedeutend heben würde, endlich dass durch spätere Verarrendirung der auf ein gewisses Niveau gehobenen Badeorte auch directe Einnahmen zu erwarten wären.

J. P. Skworzow: „Pjatigorsk und seine Mineralwässer". 2. Aufsatz. (№ 8).

Der Aufsatz handelt von den dortigen Communicationen, Behausungen, Einwohnern und klimatischen Verhältnissen.

A. W. Pogoshew: „Historischer Abriss aus der sanitären Fabriksgesetzgebung in Russland". (№ 5 und 6).

Zum Referat nicht geeignet.

W. G. Nesterow: „Die sanitätsärztliche Aufsicht in den mittleren Lehranstalten". (№ 8).

Ein vollständig ausgearbeitetes Project zu einem „sanitätsärztlichen Regulativ für die Beaufsichtigung der mittleren Lehranstalten", welches gleichzeitig als «Instruction für die Aerzte" an solchen Schulen dienen soll.

N. P. Iwanowski: „Bacteriologische Diagnostik der asiatischen Cholera". (№ 5 und 6).

Klare Darstellung des bisher Bekannten, betimmt für den praktischen Arzt.

J. S.-Kolbassenko: „Zur Aetiologie der Sommerdiarrhöen bei Kindern". (№ 8).

K. hat die Beobachtung gemacht, dass bei den Kirgisen, so lange sie sich auf der Höhe der Berge aufhalten (Juni, Juli), keine Sommerdiarrhoe der Kinder vorkommt, während diese Krankheit sich sofort einstellt, sobald sie (im August) in die niedriger gelegenen, heisseren Gebiete herabsteigen. Aus diesem Grunde schliesst sich Verf. der Ansicht Meinart's an, dass in der Uebererwärmung der Kinder ein wichtiges ätiologisches Moment für die Sommerdurchfälle zu suchen sei.

P. N. Prochorow: „Ueber Quecksilberbehandlung". (№ 7 und 8).

Aus der gegen 60 Seiten langen Abhandlung, welche, kurz gesagt, die Sublimatbehandlung als die beste Hg-Behandlung hinzustellen bemüht ist, seien hier die Thesen des Verf. wegen ihres Interesses für die Syphilidologen vollständig wiedergegeben:

1) Langdauernde, bisweilen mehrere Monate fortgesetzte Anwendung wässeriger Lösungen von Sublimat in dosi refracta verursacht keine Störungen im Organismus und ruft keine Anfälle von sogen. Mercurialismus hervor, obwohl die Pat. mehrere Cgrm. pro die und während der ganzen Cur mehrere Grm. einnehmen.

2) Der sogen. Mercurialismus, welcher sich in Stomatitis, Mundgeschwüren, stinkendem Athem, reichlichem Speichelfluss, gestörter Ernährung etc. äussert, gilt nicht als Contraindication für die innerliche und äusserliche Anwendung von Sublimat.

3) Das Schwinden der schweren syphilit. Affectionen bei innerem Gebrauch von Sublimat ist entweder von einem Steigen oder einem Sinken des Körpergewichtes begleitet.

4) In der Mehrzahl der Fälle findet ein Steigen des Gewichtes statt, welches nach beendigter Cur anhält.

5) Das Sinken des Gewichtes macht kurze Zeit nach dem Aussetzen der Sublimatgaben einem Steigen Platz.

6) Bei Sublimatbehandlung liegt kein Grund vor, Störungen der Verdauungsorgane zu befürchten. Der Appetit ist gewöhnlich vermehrt.

7) Die richtige Dosirung der Sublimatmenge, welche pro die eingeführt werden soll, ist die nothwendige Voraussetzung für den Heilerfolg.

8) Die tägliche Sublimatmenge muss in einem bestimmten Verhältniss zum Körpergewicht stehen und sich dessen Schwankungen anpassen. Dieses Verhältniss mag der Dosirungscoëfficient des Sublimates genannt werden; dasselbe ist für die Mehrzahl 1 : 1 Million; für Andere 1 : $^1/_2$ Mill., 1 : 2 Mill., 1 : 4 Million.

9) Im Gegensatz zur landläufigen Meinung kann man das Sublimat, wenn man den richtigen Coëfficienten kennt, auch anwenden bei alten Leuten, Decrepiden, mit entzündlichen Processen, gangränösen Wunden Behafteten, bei Kindern, Schwangeren und Wöchnerinnen.

10) Frühzeitige Anwendung von Sublimat beim Auftreten des harten Schankers und der Leistendrüsenschwellung unterstützt deren Heilung. Phimosis und Paraphimosis erforderten in den beobachteten Fällen keinen operativen Eingriff, ebenso die harten und gespannten Schwellungen der Leistendrüsen bei schwacher Fluctuation.

11) Nothwendige Bedingungen der Behandlung sind: a) nahrhafte und reichliche Kost, b) frische Luft, c) Reinhaltung der Haut, d) tadellose Sauberkeit des Verbandes und geregelte Pflege der Wunden.

12) Die Ursachen für die sogen. constitutionelle Mercurialvergiftung müssen in dem Zusammenwirken vieler Bedingungen gesucht werden, aber nicht in dem Hg. allein.

13) Der durch kleine Dosen von Quecksilberpräparaten angerichtete Schaden kann durch grössere Sublimatdosen wieder gut gemacht werden, wenn man den Dosirungscoëfficienten berücksichtigt, aber allerdings nur bis zu einem gewissen Grade.

14) Unlösliche Quecksilberoxydpräparate können in die Muskeln eingeführt werden in Mengen, welche die üblichen um das 6- bis 7-fache übersteigen.

J. J. Justow: „Vergiftung durch Arsenik, nach Einführung per vaginam". (№ 6).

Defuncta giebt wenige Stunden vor ihrem Tode an, vor 8 Tagen von einem Individuum nach längerem Kampfe überwältigt und mit einem Messer in die Geschlechtstheile gestochen worden zu sein. Ein bei dem Thäter gefundenes Messer mit auffallendem Griff erkennt sie als das Werkzeug des Attentates. Bei der Section findet sich jedoch weder eine Stich- noch eine Schnittwunde, sondern nur Schrunden auf der Vaginalschleimhaut und ausserdem ein tief in der Vagina sitzender Knäul kurzer borstiger Haare, welcher mit einem weissen Pulver bestreut und mit einem Lappen überzogen ist. Die chem. Analyse ergiebt in den Geschlechtstheilen incl. Fremdkörper 175 Mm., in Proben anderer Organe zusammen 14,5 Mm. und im Magen nebst Duodenum Spuren von *Arsen*. Die durch Zeugenaussagen eruirten Symptome, unter denen Def. zu Grunde ging, sprechen für eine Vergiftung mit einem scharfen Gift. Verf. nimmt an, dass der Borstenknäul auf der Spitze des übrigens völlig stumpfen Messers eingeführt worden ist, dass Def. die Kratzverletzungen für die Wirkung eines scharfen Messers gehalten hat, und dass sie die Anwesenheit des Fremdkörpers in den Geschlechtstheilen bei der hochgradigen syphilit. Affection ihrer Scheidenschleimhaut überhaupt nicht empfunden hat, wodurch dem Gifte die Möglichkeit gegeben wurde, seine Wirkung im Laufe der 8 Tage ungestört zu entfalten.

A. Gorodezki: „Ein Fall von Verletzung der Luftröhre mit Ausgang in schnelle Heilung". (№ 6).

Stichverletzung mit einem Taschenmesser. Casuistische Mittheilung.

A. Fessenko: „Tod durch Erfrieren". (№ 6).

Ein gerichtsärztlicher Fall, welcher dadurch interessant ist, dass der Tod erst 3 Tage nach der Kälteeinwirkung unter Lähmungserscheinungen eingetreten ist.

N. A. Obolenski: „Verbrecherschädel". (№ 7).

Die Maasse von 24 Verbrecherschädeln aus einer Pariser Sammlung nebst anamnestischen Notizen über die betreff. Verbrecher.

D. Kolmowski: „Zur Casuistik der acuten Tabaksvergiftungen". (№ 8).

Tabaksöl aus einer Pfeife war zu Heilzwecken auf eine von Epidermis entblösste Flechte aufgelegt worden und hatte binnen 4 Stunden zu schweren Vergiftungserscheinungen geführt. Kurz erwähnt werden noch 2 ganz analoge Fälle, von denen der eine (bei einem kleinen Kinde) mit dem Tode endigte.

J. Burzew: „Ein seltener Fall von Missgeburt". (№ 8).

Ectopie der Harnblase; Mangel des Penis und der Symph. ossium pub. bei einem ca. 50-jährigen Individuum.

Wladimirow.

Medizinskij Sbornik Warschawskago Ujasdowskago Wojennago Gospitalja.

III. Jahrg. 1. Abth.

Lapschinski: „Bericht über die Krankheiten der Respirationsorgane im Ujasdow'schen Militärhospital für das Jahr 1888".

Im Anfang des Jahres 158 Pat., hinzugekommen 1505, gestorben 127 (7,38%). Nach den Krankheitsgruppen: Acuter Catarrh und Entzündung des Kehlkopfes und der Trachea 372; acute und chronische Pleuritis 292; croupöse Pneumonie und Pleuropneumonie 282, acuter Catarrh der Bronchien und Lungen (Bronchiopneumonie) 256, chronische Lungenentzündung und Lungenschwindsucht 233. — Mortalität: Lungenschwindsucht 99 Fälle, Pleuritis 11, croupöse Pneumonie 5.

A. S. Tauber: „Ueber den Mechanismus der Schussverletzungen und die Charakteristik derselben".

Verf. recapitulirt in dem vorliegenden, im Ujasdow'schen Militärhospital gehaltenen Vortrage die neuesten Erfahrungen über die Wirkung der Flintenkugeln.

J. M. Wroblewski: „Ein Fall von Malleus beim Menschen".

„Aus dem Rechenschaftsbericht über den Abdominaltyphus im Ujasdow'schen Militärhospital für das Jahr 1886". Grimm.

Bücher (Broschüren, Dissertationen, Berichte).

1890.

Erhardt, F.: Wer hat Recht? Bezüglich der Expertise des gewaltsamen Todes des Kapitäns Gishden. — Kiew.

Faddejew, A. A.: Beiträge zur Lehre vom russischen Bade. Diss. — St. Petersb.

Falkner, J. S.: Die Selbstmorde in Odessa. — Odessa.

Feinberg, J. A.: Zur Diagnose und Localisation der Störungen der Laut- und Schriftsprache. — St. Petersb.

Fenster, M. J.: Die Ignipunctur bei Knochen- und Gelenkkrankheiten. Diss. — St. Petersb.

Giltschenko, N. W.: Beiträge zur Anthropologie des Kaukasus. Diss. — St. Petersb.

Gordon, B. M.: Skizze der Entwickelung der Landschaftsmedicin im Kreise Borsna. — Tschernigow.

Goschkewitsch, M. J.: Bericht über die sanitäre Thätigkeit in der Stadt Chersson im Jahre 1889. — Chersson.

Gramatschikow: Ueber den Einfluss des Fiebers auf den Mineralienumsatz bei Menschen. Diss. — St. Petersb.

Gretschaninow, W. N.: Zur Statistik der Helminthiasis. Diss. — St. Petersb.

Grusdew, S. S.: Der Mineralumsatz im russischen Bade. Diss. — St. Petersb.

Gunt, S. L.: Ueber Vaccination. Rede, gehalten in der Jahres-Festversammlung der Gesellschaft der Veterinärärzte. — Moskau.

Hamburger, A. J.: Einige Bemerkungen über Bruchbänder. — Moskau.

Inojews, K.: Medicinischer Bericht der Gebäranstalt des Golizyn'schen Hospitals in Moskau für das J. 1890. — Moskau.

Iwanow, E. E.: Die Morphologie der Frauenmilch und ihr Verhältniss zur Ernährung des Kindes. Diss. — St. Petersb.

Iwanow, K. W.: Balneologische Daten über die Stolypinskische Wasser- und Schlammheilanstalt. Für Aerzte und Patienten.— St. Petersb.

Jegorow, A. S.: Zur Frage der amyloiden Degeneration der Lungen. Diss. — St. Petersb.

Jegorow, G. N.: Die chemische Zusammensetzung und Assimilationsfähigkeit des Astrachanschen und Salianskischen gepressten Caviars. Diss. — St. Petersb.

Kadkin, P. K.: Beiträge zur mikroskopischen Anatomie der Milchdrüse in ihrer activen Periode. Diss. — St. Petersb.

Kasanski, K. K.: Die Bestimmung der Bestandtheile der Busa (Getränk aus Buchweizen und Hafermehl.) und ihre Stellung unter den spirituösen Getränken. Diss. — St. Petersb.

Kikodse, P. S.: Die pathologische Anatomie des Blutes bei croupöser Pneumonie. Diss. — St. Petersb.

Koslowski, B. S.: Die conservative und operative Behandlung der Knochen- und Gelenktuberculose. Diss. — St. Petersb.

Kretschew, J. Th.: Ueber den Werth einiger Methoden zur Bestimmung von Beimischungen fremder Fette zur Kuhbutter. Diss. — St. Petersb.

Kretschmann, J.: Beiträge zur Lehre von den Grössenverhältnissen des Herzens und Darmcanals Phthisischer. Diss. — St. Petersb.

Kultschizki, J.: Elemente der praktischen Histologie. Th. II. — Charkow.

Kupidonow, W.: Bacteriologische Untersuchung des Wassers des Kaban-Sees und der Wasserleitung der Stadt Kasan. Diss. — Kasan.

Leschtschinski, D. W.: Die Masernmortalität in St. Petersburg während 18 Jahren (1871—1888). Diss. — St. Petersb.

Malachowski, A. E.: Beiträge zur Pharmakologie des Chloralamids. Diss. — St. Petersb.

Malijew, N. M.: Abnorme Lage und Verlauf der rechten Subclavia. — Tomsk.

Mazowski, L. A.: In Sachen des gewaltsamen Todes des Capitäns Gischden. Mord oder Selbstmord? Entgegnung an Prof. A. J. Tarenezki und Andere, die der Ansicht sind, dass ein Mord vorgelegen. — Odessa.

Morosow, P.: Die Forderungen der Humanität im Kriege. Actusrede, geh. in der Universität des Heil. Wladimir. — Kiew.

Müller, N. Th.: Ueber die künstliche Ernährung der Kinder. — Moskau.

Münch, G. N.: Lepra und Vitiligo. Th. II., Lief. I. — Kiew.

Nachrichten, statistische, der Stadt Moskau für das Jahr 1889 und vergleichende Statistik der Bevölkerung.

Nosdrowski, A. S.: Zur Frage der pathologisch-anatomischen Befunde bei nicht in Lösung übergegangener fibrinöser Pneumonie. Diss. — St. Petersb.

Nossowitsch, G. N.: Zur Frage der Schwankung der Muskelkraft unter dem Einflusse des Wacht- und Frontdienstes und des Lagerlebens. Diss. — St. Petersb.

Okunew, W. N.: Die Schwankungen des Blutdruckes, der Innentemperatur und der Hauttemperatur, des Pulses, der Respiration und der Haut-Lungenverluste in den Perioden des Frostanfalles, der Hitze und des Schweissstadiums. Diss. — St. Petersb.

Osmolowski, M. R.: Ueber die Behandlung der Peritonitis mittelst Laparotomie. Diss. — St. Petersb.

Ossendowski, A. J.: Zur Frage der Mentholbehandlung der Lungen- und Kehlkopfphthise. Diss. — St. Petersb.

Ostroglasow, W.: Die Mortalität in Moskau im Jahre 1889. — Moskau.

Pokrowski, S. W.: Ueber die Veränderungen der Venenwände bei Arteriosclerose. Diss. — St. Petersb.

Popow, D. D.: Zur Frage der Veränderungen der Ovarien bei Uterusfibromyomen. Diss. — St. Petersb.

Popow, G. J.: Beiträge zur Frage der acuten Osteomyelitis, deren Symptomen und Behandlung. Diss. — St. Petersb.

Popow, W. N.: Kurzer Leitfaden der operativen Chirurgie. — St. Petersb.

Praxin, J. A.: Ueber die Laryngotomia partialis. Diss. — St. Petersb.

Preobrashensky, M.: Verbandmaterial. Diss. — St. Petersb.

Pruchnikowa, L. Z., und Talysin, N. A.: Bericht des Akkermann'schen Ambulatoriums für das Jahr 1889. — Akkermann.

Radulowitsch, W. M.: Geschichtliche Skizze der russischen medicinischen Gesellschaften. Ihr Zweck, ihre Bedeutung und ihr gegenseitiges Band. — Orel.

Rasumow, W. J.: Zur Diagnostik der Ulcera mollia der Cervix uteri. — Moskau.

Reschetillo, D. Th.: Ueber die Aetiologie der Malaria überhaupt und ein Versuch zur Bestimmung der Aetiologie der Malaria in nicht sumpfigen Gegenden. Diss. — St. Petersb.

Rodsewitsch, G. J.: Bibliographischer Anzeiger der Arbeiten über die Steinkrankheit und ihre Behandlungsarten in Russland. — Moskau.

Schapiro, B.: Lehrbuch der Pharmakologie. 2. Aufl. — St. Petersb.

Schljaposchnikow, M.: Anzeiger für die slavischen Mineralbäder. — Charkow.

Schtscherbakow, A. J.: Zur Frage der Entstehung der freien Salzsäure im Magensafte. — Moskau.

Shongolowitsch, D. L.: Zur Frage vom Mikroorganismus des Trachoms. Diss. — St. Petersb.

Skworkin, L. W.: Die chemischen Bestandtheile des russischen Weizens auf Grundlage einer Analyse von 117 Proben aus verschiedenen Ortschaften des europäischen Russlands. Diss. — St. Petersb.

Skworzow, N.: Zur Frage der Wirkung des Eisens auf den thierischen Organismus. Diss. — St. Petersb.

Smigrodski, K.: Die Grenzen der Anwendung der Immobilisirung und der Nutzen von Bewegungen bei der Behandlung von Knochenfracturen. — St. Petersb.

Ssawizki, S. L.: Zur Frage des Einflusses des Saccharins (Fahlberg) auf die Assimilation des Stickstoffes und den Stickstoffwechsel bei Gesunden. Diss. — St. Petersb.

Swertschkow, W. P.: Beiträge zur Frage vom hygienischen Werthe des Trinkwassers auf den Schiffen der russischen Flotte. Diss. — St. Petersb.

Swjatlowski, W. W.: Die hygienischen Bedingungen für die Butterbereitung. — Tschernigow.

Tarkowski, J. W.: Beiträge zur Diätetik des gekochten Fleisches. Diss. — St. Petersb.

Tesjakow, N. J.: Medicinischer und sanitärer Bericht des Jelisawetgrad'schen Kreises des Gouv. Chersson für das Jahr 1889. — Jelisawetgrad.

Tesjakow, N. J.: Beiträge zur Geschichte der Landschaftsmedicin im Alexandrin'schen Kreise des Gouv. Chersson von 1865—1889. — Alexandria.

Tichomirow, W. W.: Zur Lehre von der Tuberculose der Lymphdrüsen. Diss. — St. Petersb.



Titow, G. M.: Zur Frage vom diagnostischen Werthe der niederen Organismen beim Sumpffieber. Diss. — St. Petersb.

Tschudnowski, F. W.: Beiträge zum Studium des Heilungsprocesses von Hautwunden bei Erschöpfung des Organismus durch Hunger, Aderlass und Eiterung. Diss. — St. Petersb.

Uskow, N. W.: Das Blut — ein Gewebe. — St. Petersb.

Wilkomirski, J. O.: Prof. Wilhelm Feodorowitsch Gruber und seine chirurgische Facultätsklinik in Charkow. — Moskau.

Woskressenski, N. M.: Die Kehlkopfexstirpation wegen Krebs. Diss. — St. Petersb.

Wychodzew, J.: Borshom, seine Mineralquellen und sein Klima. — Tiflis.

Wyssokowitsch, W.: Bericht über die Thätigkeit des Pasteur'schen Institutes und der bacteriologischen Station der Charkower medicinischen Gesellschaft für das Jahr 1889.

Zelerizki, K. M.: Experimentelle Untersuchungen über die Functionen der Hirnrinde des Occipitallappens bei höheren Thieren. Diss. — St. Petersb.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

Обязательныя патолого-анатомическія изслѣдованія студентовъ медиковъ Харьковскаго Университета выпуска 1890 г. — Школьная хроника. — Изд. проф. Крылова. — Харьковъ 1890.

Ueber die habituelle Obstipation und ihre Behandlung mit Electricität, Massage und Wasser von Dr. Georg Hünerfauth. 2. Aufl. — Wiesbaden 1890. J. F. Bergmann.

Rheumatismus und Gicht und deren Behandlung mit Electricität, Massage und Wasser von Dr. Georg Hünerfauth. — Wiesbaden 1890. J. F. Bergmann.

Die Inaugural-Dissertationen der Universität Dorpat vom Jahre 1889 Sem. II. und 1890 Sem. I.

Index bibliographicus dermatologiae, bearb. von Dr. Karl Szadek. Jahrgang 1: Die Literatur des Jahres 1888. — Hamburg und Leipzig 1890. Leop. Voss.

Lehrbuch der chem. Untersuchungsmethoden zur Diagnostik innerer Krankheiten von Dr. Felix Wesener. Mit 28 Abbild. — Berlin 1890. Fr. Wreden.

Kurze Anleitung zur mech.-physik. Behandlung der Fettleibigkeit von Dr. Albert Reibmayr. — Leipzig und Wien 1890. Franz Deuticke.

Beiträge zur Lehre der Laparotomien mit bes. Berücksichtigung der conservativen Myomotomien von Dr. Egon Braun v. Fernwald. — Leipzig und Wien 1890. Franz Deuticke.

Wann dürfen Syphilitische heirathen? von Dr. Schuster-Aachen. 3. Aufl. — Berlin 1890. Th. Enslin.

Das Hungern. Studien und Experimente am Menschen von Prof. Luigi Luciani; übers. von Dr. M. O. Fränkel. -- Hamburg und Leipzig 1890. Leop. Voss.

Холера. — Предохранительныя мѣры противъ холеры въ домахъ и въ семьяхъ. Д-ра Гольмстена съ предисловіемъ проф. Н. О. Здекауера. С. П. Б. 1890. Типогр. Якобсона.

Die Sachverständigen-Thätigkeit bei Seelenstörungen von Dr. A. Leppmann. — Berlin 1890. Th. Enslin.

Kurze Anleitung zur qualitativen chem. Analyse und medic. chem. Analyse, für Mediciner und Pharmaceuten von Dr. Carl Arnold. 3. Aufl. — Hannover 1890. Carl Meyer. Pr. 2,40 Mk.

Lehrbuch der Auscultation und Percussion von Prof. C. Gerhardt. 5. Aufl. — Tübingen 1890. Laupp. Preis 7 Mk.

Handbuch der spec. Therapie mit bes. Berücksichtigung der Prophylaxe von Dr. C. F. Kunze und Dr. Fr. Schilling. — Stuttgart 1890. Ferd. Enke. Preis 12 Mk.

Symptomatologie und Histologie der Hautkrankheiten von H. Leloir und E. Vidal, übers. von Dr. E. Schiff. Lief. 1. — Hamburg und Leipzig. Leop. Voss.

Die sexuelle Hygiene und ihre ethischen Consequenzen; 3 Vorlesungen von Dr. med. Seved Ribbing; deutsch von Dr. O. Reyher. — Leipzig 1890. Peter Hobbing. Preis 2 Mk.

Therapeutisches Lexikon für prakt. Aerzte von Anton Bum. Lief. 5—8. — Wien u. Leipzig 1890. Urban & Schwarzenberg.

Lehrbuch der klinischen Arzneibehandlung für Studirende und Aerzte von Prof. Franz Penzoldt. 2. Aufl. — Jena 1890. Gustav Fischer. Preis 6 Mk.

Die Protozoen als Krankheitserreger von Dr. L. Pfeiffer. — Jena 1890. Gustav Fischer. Preis 2,50 Mk.

Die willkürliche Hervorbringung des Geschlechts bei Mensch und Hausthieren von Dr. H. Janke. — Stuttgart. A. Zimmer's Verlag. Preis 4 Mk.

Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung von Prof. R. v. Krafft-Ebing. 5. Aufl. — Stuttgart 1890. Ferd. Enke.

Vorlesungen über Ohrenheilkunde von P.-D. Dr. Albert Bing. Wien 1890. Wilh. Braumüller.

Klinische Vorlesungen über Psychiatrie von Prof. Th. Meynert. — Wien 1890. Wilh. Braumüller.

Methoden der Untersuchung des Harns auf Zucker und über das Vorkommen von Kohlehydraten im normalen Harn von Dr. E. Luther. — Berlin 1890. E. Grosser.

Die Massage in ihrer Bedeutung für den praktischen Arzt von Dr. G. Wolzendorff. — Hamburg 1890. Gebr. Lüdecking. Preis 4 Mk.

Jahrbücher der Königl. Academie gemeinnütziger Wissenschaften zu Erfurt. Heft XVI. — Erfurt 1890. Carl Villaret.

Введеніе къ изученію экзотическихъ болѣзней, д-ра И. А. Охотина. — С.-Петерб. 1890.

Bäder-Almanach. Mittheilungen der Bäder, Luftcurorte und Heilanstalten. — Berlin und Frankfurt. Rudolf Mosse.

Lehrbuch der Kinderkrankheiten von Prof. A. Vogel, umgearbeitet von Dr. Philipp Biedert. 10. Aufl. — Stuttgart 1890. Ferd. Enke. Preis 14 Mk.

Ueber Feuerbestattung. Vortrag von Prof. F. Goppelsröder. — Mühlhausen 1890. Wenz & Peters.

Къ патологіи большаго мозга. В. К. Рота и В. А. Муратова. — Москва 1890. И. Х. Кушнеревъ.

В. К. Ротъ. Къ діагностикѣ спино-мозговаго гліоматоза. — Москва 1890. И. Н. Кушнеревъ.

Ueber functionelle Diagnostik und die Diagnose der Insufficienz des Verdauungs-Apparates von Prof. O. Rosenbach. — Kl. Zeit- und Streitfragen. Bd. IV. Heft 5.

Ueber psychische Therapie innerer Krankheiten von Dr. O. Rosenbach. — Berl. Klinik. Juli 1890.

Mittheilungen des Vereins der Aerzte in Steiermark für 1889. Von Dr. Victor Fossel. — Graz 1890. Leuschner und Lubersky.

Клиническая діагностика внутреннихъ болѣзней проф. Р. фонъ Якшъ; подъ редакц. проф. Чудновскаго перев. д-ръ Пурицъ и д-ръ Явеинъ. — С. П. Б. 1890. К. Л. Риккеръ.

Transactions of the american pediatric society, first session, 1889. Ed. by W. Perry Watson. Vol. I. — 1890.

Identitè de la dengue et de la grippe-influenza par Prof. J. Rouvier. — Paris 1890. Lechevalier.

L'omphalotome, un manuel instrument pour la pratique des accouchements par J. H. Keiffer. — Liège 1890. Vaillant-Carmanne.

Beobachtungen und Ideen über Hypertrichose von Dr. Geyl. — Hamburg und Leipzig 1890. Leop. Voss.

Seereisen aus Gesundheitsrücksichten, ihre zweckmässige Ausführung und ihr Nutzen von Dr. Valentiner. (Sep.-Abdr. „Berl. kl. W.")

Noch einige Bemerkungen über die burgunderrothe Urinfärbung von Prof. O. Rosenbach. (Sep.-Abdr. „Berl. kl. W.")

Ueber Codein, von Dr. M. Loewenmeyer. (Sep.-Abdr. „D. med. W.")

Steigerung der allgem. Reflexerregbarkeit als aussergewöhliche Chinin-Wirkung von Dr. A. Erlenmeyer. (Sep.-Abdr. „Cbl. f. Nerv.")

Die Perforation des oberen Recessus bei der Patellarfractur von Prof. Riedel. (Sep.-Abdr. „Cbl. f. Chir.")

Die Sequestrotomie und die Eröffnung von Knochenabscessen mit gleichzeitiger Entfernung der Todtenlade von Prof. Riedel. (Sep.-Abdr. „Berl. klin. W.").

Bericht über die 2. Versammlung norddeutscher Ohrenärzte am 7. April 1890 in Berlin von A. Barth. (Sep.-Abdr. „Z. f. Ohrenheilk.").

Grundzüge zu einer programmmässigen Behandlung der Diphtherie und des Croups von Dr. A. Leonhardi. — Braunschweig 1889. W. Danert. — Preis 50 Pf.

De l'anesthésie locale par injection de cocaine par le Dr. E. Kummer. -- Genève 1889. Rivera & Dubois.

Apparent cancerous transformation of syphiloma of the tongue by G. Frank Lydstone. (Sep.-Abdr. „N.-Y. Med. Rec.").

Sexual perversion, satyriasis and nymphomamia by G. Frank Lydstone. (Sep.-Abdr. „Phil. Med. a. Surg. Rep.").

I. Operative treatment of hip-disease. II. Rest and fixation in joint-disease by De. Forest Willard. (Sep.-Abdr. „Am. orthop. Ass.").

Erosion in diseases of the joints by De. Forest Willard. (Sep.-Abdr. „U. Med. May.").

Д-ра Н. Ф. Зеленева 1) Алминовая ртуть при сифилисѣ, 2) Салициловая ртуть въ терапіи сифилиса, 3) О леченіи сифилиса глубокими инъекціями желтой окиси ртути. (От. от. „Мед. Обозр.").

Annual of the universal medical sciences, edited by Charles E. Sajous. Vol. I—V. — Philadelphia, New-York, London 1890. F. A. Davis.

Klinisches Jahrbuch, herausg. von Prof. A. Guttstadt. Bd. II. — Berlin 1890. Julius Springer.

Der Menstruationsprocess und seine krankhaften Abweichungen von Dr. Leopold Meyer. — Stuttgart 1890. Ferd. Enke. Preis 4 Mk.

Ueber den Einfluss der Alkalien auf den Stoffwechsel, herausg. von Dr. Ernst Stadelmann. — Stuttgart 1890. Ferd. Enke. Preis 6 Mk.

Berichtigung. Seite 37, Zeile 17 von unten (links) u. ff. soll heissen: **R.** glaubt, dass in zwei von **A.** referirten Fällen eine übermässige Dehnung des Uterus den Exitus letalis hervorgerufen habe.

Дозв. ценз. Спб. 9 Ноября 1890 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.



UEBERSICHT
UEBER DIE
RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR

№ 10. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1890.

Medizinskoje Obosrenije № 15.

P. A. Pawlow: „Ein Fall von Lepra anaesthetica".

Sehr genau beschriebener Fall (mit photographischen Abbildungen). Zu bemerken ist, dass der Kranke, ein 48-jähr. Bauer, aus dem Moskauer Gouvernement stammt, welches nach Dr. Petersen's Statistik leprafrei sein soll (cfr. folgende Mittheilung). Der Patient besserte sich während seines 2½-monatlichen Hospitalaufenthaltes in der Hinsicht, dass Allgemeinbefinden und Ernährung sich besserten und die dunkel pigmentirten Hautflecke heller wurden. Die Diagnose auf Lepra gründete sich in diesem Falle auf deutlich vorhandene Hautanästhesie, welche sich auf die über die Hautoberfläche zerstreuten Flecke beschränkte und genau den Verästelungen dieses oder jenes Hautnerven entsprach. Von den Empfindungsqualitäten war nur der Drucksinn unversehrt geblieben, alle übrigen aber waren herabgesetzt oder garnicht vorhanden. Die Behandlung bestand in kräftiger Diät und in der Anwendung von Ol. Chaulmoogroe, von welchem Anfangs 20, später 150 Tropfen pro die gegeben wurden; ob letzteres irgend wie wirksam gewesen, kann Verf. nicht sicher sagen. Infection nicht nachweisbar.

Sprimon: „Ein Fall von Lepra anaesthetica mutilans".

Ein im Verlaufe von 10 Jahren beobachteter Fall bei einem 57-jährigen, aus Moskau stammenden Bauern mit Anfangs dunklen, später heller werdenden Flecken, pemphigusartiger Blasenbildung, Geschwüren an Fingern, Zehen und Sohlen, Parese und Analgesie; die Geschwürsbildung hatte mehrmals chirurgische Eingriffe erfordert. Die beigegebene Abbildung (Rücken, Hände und Füsse) illustrirt sehr gut den genau beobachteten und beschriebenen Fall.

Dachnewski: „Ein Fall von subphrenischem Abscess". (Aus der Klinik des Prof. Bornhaupt in Kiew).

Grosse Geschwulst in der Lebergegend bei einem 11-jährigen Knaben, welche allen Symptomen nach auf Echinokokkus hindeutete, bei der Operation aber sich als subdiaphragmaler Abscess erwies. Hinsichtlich der Details, bezüglich der Diagnose und des modus operandi muss auf das Original verwiesen werden.

Perow: „Zur Casuistik des hohen Steinschnittes. 5 Fälle aus der Landschaftspraxis".

Bis 1889 hat Verf. nur den Seitenschnitt und zwar an 13 Kranken ausgeführt, von welchen 2 starben (1 an hochgradiger Erschöpfung durch Phthise, 1 an Pyelonephritis). Die Heilung erfolgte 4 Mal in 14, 3 Mal in 18, 2 Mal in 27 und 1 Mal in 30 Tagen, im Mittel in 19 Tagen; das Gewicht der Steine schwankte zwischen ℨjj und ℨjjβ. Von 1889 an wandte Verf. nur die Sectio alta an und zwar bei 6 Kranken, von denen er 5 Krankengeschichten anführt (die 6. ist verloren gegangen). Alter der Kranken (Männer) 8. 9, 10, 15, 28 Jahre; Dauer der Beschwerden 3, 6, 7, 12 Jahre; Heilung in 14, 18, 35, 38, im Mittel in 26 Tagen; 1 Kranker starb am 2. Tage nach der Operation an Erschöpfung durch Pyelonephritis. In einem Falle wurde die Heilung durch Incrustation des Blasenhalses, ein anderes Mal durch Influenza verzögert. Die Steine wogen: 38, 110, 140, 220 Grm. (der 5. ist nicht gewogen worden).

Hinze.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej № 1—2.

W. N. Massen: „Elektricität bei Frauenkrankheiten". (№ 1).

Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen:

Die Methode Apostoli's ist sehr geeignet das Interesse der Gynäkologen wachzurufen, bildet einen wichtigen Behelf für die conservative Gynäkologie und hat ohne Zweifel eine Zukunft. Die Methode stützt sich, wie die Elektrotherapie überhaupt, auf Empirie und befindet sich gegenwärtig noch in ihrer Entwickelung. Bei Myomgeschwülsten wirkt diese Behandlungsmethode vor Allem symptomatisch: die Blutungen hören auf, die normale Uterusfunction wird wieder hergestellt. Fernerhin wird die Geschwulst beweglich, weil Entzündungsproducte zur Resorption kommen und schliesslich wird auch die Geschwulst selbst kleiner. Bei hämorrhagischer Endometritis ist der constante Strom so wirksam, dass er dreist mit der Ausschabung concurriren kann. Jeder vorzunehmenden Castration sollte eine elektrische Behandlung der Uterinanhänge vorausgehen.

D. Ott: „Vervollkommnete Methode der Nahtanlegung und Nahtabnahme bei der ‹normalen› Perinaeorrhaphie und kritischer Vergleich dieser mit der Lappenmethode von Lawson Tait". (№ 1).

Normal nennt Verf. eine solche Perinaeorrhaphie, bei welcher nur zusammengehörige Theile vereinigt werden, so dass der Damm wieder dieselbe Form erlangt, wie vor der Ruptur. Die Anfrischung hat nach der Methode von Simon-Hegar zu erfolgen, wobei die Anfrischungsfigur jedesmal dem vorliegenden Falle anzupassen ist. Verf. näht mit Seide etagenweise, um sog. todte Räume zu vermeiden und mit Knopfnähten, weil dann etwaige Eiterung isolirt bleibt und den Erfolg der Operation nicht in Frage zu stellen braucht. Die tiefste Etage wird bei einem totalen Dammriss in Form kleiner, d. h. nicht weitgreifender Knopfnähte dicht an der Rectalschleimhaut gelegt. Die Seide wird wundwärts geknüpft und die Schleimhaut nicht in die Naht gefasst. Die zweite Etage hat die Aufgabe, die Wundflächen an einander zu bringen. Die dritte Etage, ebenfalls Knopfnähte, vereinigt die Vaginalschleimhaut und die Haut des Dammes. Die beiden tiefen Etagen werden versenkt, die oberflächliche soll herausgenommen werden, sobald eine Verklebung der Wundränder erfolgt ist. Dieses geschieht auf sehr bequeme Weise: wenn man schon während der Operation das eine Fadenende lang lässt und ausserdem einen dünnen Platindraht, der Länge nach auf die hintere Vaginalwand gelegt, jedesmal mit in die Naht nimmt. Um die am höchsten gelegene Nahtschlinge wird der Draht umgeknickt und nach vollendeter Naht seine beiden Enden zusammengedreht und aussen befestigt. Will man nun die Nähte entfernen, so zieht man die Drahtschlinge, welche durch sämmtliche Vaginalnähte geht, mässig an und bringt sie auf elektrischem Wege zum Glühen. Die Nähte werden durchgebrannt und können nun ohne weiteres durch einfachen Zug am langen Faden entfernt werden. Eine Zerrung der frischverklebten Wunde ist dabei ausgeschlossen, daher kann man die Nähte sehr früh entfernen, welche Maassnahme die versenkten Nähte vor einer Spätinfection schützen muss. Die kleine oberflächliche Brandwunde, welche in der Vagina gesetzt wird, kommt nicht in Betracht. Die Methode von Lawson Tait wird abfällig beurtheilt und ihr nur der Vortheil der leichten und schnellen Ausführbarkeit zuerkannt.

P. Küster: „Zur Behandlung der Uterusdeviationen". (№ 1).

An Stelle des Lyfting von Thure Brandt gebraucht Verf. folgenden Handgriff: Zunächst wird der Uterus nach Möglichkeit richtig gestellt und in Anteversion gebracht. Der Operateur tritt hierauf an die linke Seite der in Knieellenbogenlage befindlichen Kranken, führt ihr 2 Finger der rechten Hand in die Vagina bis an die Portio und stösst diese so tief wie möglich in den Bauchraum. Gleichzeitig erfasst die linke Hand von aussen den Fundus und zieht ihn zum Nabel hin. Richtet sich hierauf die Kranke auf den Knien auf, so sinkt die Gebärmutter wieder herunter und der Handgriff wird nach Einnahme der Knieellenbogenlage nochmals wiederholt und zwar 3—4 Mal. In 12 Fällen hatte Verf. guten Erfolg.

W. Stolypinski: „Sarcoma ovarii sinistri bei einem 8-jähr. Mädchen. Laparotomie". (№ 1).

Die Kranke genas nach der Operation, doch stellte sich sehr bald ein Recidiv ein.

M. D. Lebedew: „Zwei Fälle von Tubenschwangerschaft". (№ 1).

Eine Kranke wurde durch Operation gerettet.

S. D. Michnow: „Beschreibung eines osteomalacischen Beckens". (№ 1).

M. Rosengart: „Zur Aetiologie der Fibrome und Polypen des Uterus". (№ 2).

Verf. behauptet, dass die Mehrzahl der Uterusfibrome durch passive Hyperämie der Gebärmutter entstehen, wobei Herzfehler und Lungenemphysem eine Hauptrolle spielen.

O. Prokofjewa: „Prolapsus vaginae posterior superior. Entero- et Hydrocolpocele vaginalis posterior". (№ 2).

Dieser Fall wurde complicirt durch eine Eierstocksgeschwulst, welche mit ungünstigem Ausgange operirt wurde. Beschreibung des Präparates.

N. M. Kokuschkin: „Uterusruptur intra partum". (№ 2).

Krankengeschichte und Beschreibung des Präparates.

Mobitz.

Chirurgitscheskij westnik, Juli—Sept.

N. N. Filippow und M. M. Kusnezow: „Zur Frage der Milzexstirpation". Aus der chirurgischen Klinik des Prof. W. F. Grube).

Nach einer kurzen Uebersicht über die Geschichte der operativen Entfernung erkrankter oder durch eine zufällige Wunde der Bauchdecken vorgefallener Milzen, geben die Verff. eine tabellarische Zusammenstellung sämmtlicher Splenectomien von Zaccarello (1549) an bis auf den ausführlich beschriebenen Fall aus der Klinik des Prof. Grube in Charkow. Es sind im Gan-

zen 70 Fälle, die sich je nach der Art der die Operation indicirenden Erkrankung in 8 Gruppen bringen lassen, über welche die folgende Tabelle eine summarische Uebersicht giebt:

	Zahl der Fälle	Genesung	Exitus letalis	Mortalitäts-%	
1) Abscedirung	2	2	—	0	
2) Wandermilz	16	16	—	0	
3) Sarcom	3	3	—	0	
4) Cystenbildung	5	5	—	0	
5) Echinokokkus	3	2	1	33,33	
6) Einfache Hypertrophie	22	2	20	90,90	89,28%
7) Malariahypertrophie	6	1	5	83,22	
8) Leukämie	22	1	21	95,45	
	79	32	47	59,62.	

Die Prognose der Splenectomie ist also ausgezeichnet, so lange es sich um die Entfernung einer local erkrankten Milz aus einem sonst gesunden Organismus handelt. Der eine Todesfall bei Echinokokkus der Milz (Koeberlé) kommt auf Rechnung des ungeheuren Blutverlustes bei Lösung ausgedehnter Verwachsungen, die sich in Folge einer durch eine Probepunction der Cyste veranlassten Entzündung derselben ausgebildet hatten.

Höchst ungünstig ist dagegen die Vorhersage in den letzten drei Gruppen, und namentlich muss die leukämische Milz als ein noli me tangere angesehen werden, es sei denn, dass es einmal gelingen sollte, bei beginnender Leukämie eine Erkrankung der anderen blutbereitenden Organe auszuschliessen. Was die Hypertrophien anbetrifft, so wird die Operation um so gefährlicher, je bedeutender das Gewicht und die Masse des zu entfernenden Organes sind. Uebersteigt die Länge 25 Ctm., die Breite 15 und die Dicke 7 Ctm., so ist die Prognose schon ungünstig. Als Todesursache ist in den meisten Fällen die Blutung während der Operation oder kurz nach derselben anzusehen. Doch darf nicht übersehen werden, dass die Milzhypertrophie meist nur ein Symptom eines anderen schweren Leidens (der Leber, des Herzens, der Nieren, des Lymphsystems und dergl.) darstellt. Scheinbar primäre Milzhypertrophien sind sehr selten und meist intra vitam ätiologisch nicht aufgeklärt. Zu diesen gehört der Fall aus der Charkower Klinik. Patientin 25 Jahre alt, hoch gewachsen, gut genährt, etwas anämisch. In der linken Bauchhälfte ein grosser, leicht palpabler, glatter und derber Tumor, welcher aus dem linken Hypochondrium bis an das Ligamentum Poupartii, die Symphyse und 3 Ctm. über die Linea alba hinausreicht. Die untere Hälfte desselben leicht zu dislociren, die obere fixirt. Die hintere Grenze fliesst mit der Nierendämpfung percutorisch nicht zusammen. Die Betheiligung des Geschlechtsapparates an der Bildung der Geschwulst ist ausgeschlossen. Harn normal. An Leber, Herz und Lungen nichts Abnormes nachzuweisen. Kein Ascites. Die Blutuntersuchung ergab 3,050,000 rothe und 4000 weisse Blutkörperchen im Ccm. Ihr Verhältniss = $^1/_{762}$. Der Hämoglobingehalt nach dem Spectrophotometer von Hüfner für $A^1 = 8,9\%$, für A ungefähr 10%; nach dem Hämochromometer von Malassez = 9,4—9,7%. Es kam also auf jedes rothe Blutkörperchen eine annähernd normale Hämoglobinmenge, der Gesammtgehalt aber war auf $^2/_3$ der Norm herabgesetzt.

Aus der Anamnese ist hervorzuheben, dass die Patientin von ihrem 11. bis zum 14. und dann wieder nach 1-jähriger Pause längere Zeit an schwerer Intermittens gelitten hatte. Den Tumor hatte sie erst vor 5 Jahren bemerkt, als derselbe schon ziemlich gross war. Anfangs kaum beschwerlich, verursachte letzterer ihr mit zunehmendem Wachsthum Schmerzen im Bauche, der Lenden- und Kreuzgegend. Dazu kam in den letzten zwei Jahren stets zunehmende Dyspnoe, Beengung von Brust und Bauch, häufiges Herzklopfen, Schwindelanfälle und psychische Depression. Alle bisher angewandten inneren und äusseren Mittel (Electricität) waren erfolglos geblieben.

Angesichts dieses Umstandes und in der Meinung, eine Malariahypertrophie vor sich zu haben, nahm Grube die Exstirpation von einem Schnitt am äusseren Rande des Rectus aus vor. Während desselben fand, bereits nach der Unterbindung der Hilusgefässe, aus einem Einriss des Organes selbst eine profuse Blutung venösen Charakters statt, welche zu beschleunigter und etwas gewaltsamer Beendigung der Operation zwang. Die entfernte Milz wog ohne das ausgeflossene Blut 2000 Grm. und erwies sich als einfach hypertrophisch. Pigmentschollen, wie sie bei Malaria beobachtet werden, fehlten gänzlich.

Der Verlauf war von hohem Fieber, Pulsschwäche, grosser Unruhe, Schmerzen im Unterleibe, Meteorismus etc. begleitet. Am 8. Tage erfolgte der Tod in tiefem Collaps. Bei der Section ergab sich als besonders hervorragender Befund in allen inneren Organen Wucherung des Bindegewebes mit nachfolgender Sclerose und Schrumpfung desselben. Unter Anderem auch deutliche cirrhotische Veränderungen der Leber. Das Herz auffallend klein, die Aorta sehr eng. Die grossen Venenstämme merklich erweitert. Die Lymphdrüsen überall ungewöhnlich schwach entwickelt. Die Lungen von geringem Umfang. Die Schädelknochen sclerotisch.

Die Entstehung des Milztumors in ihrem Falle erklären sich die Verfasser einmal aus dem Missverhältniss zwischen der Grösse des Herzens und der des Körpers der Pat., sowie zwischen der Weite der arteriellen und venösen Blutbahnen, wodurch eine Stauung in den letzterene begünstigt werden musste. Dazu kam dann die, wie es scheint, unter dem Einflusse einer constitutionellen Fibromatosis entstandene frühzeitige Lebercirrhose und vielleicht auch die angeboren schwache Entwickelung des Lymphsystems, für das möglicherweise die Milz in der Blutbereitung zu vicariren hatte. Wahrscheinlich ist endlich auch die überstandene Malaria nicht ohne Einfluss geblieben.

Jedenfalls muss man den Verff. Recht geben, wenn sie angesichts der Unmöglichkeit, solche Verhältnisse intra vitam zu übersehen, die Hypertrophie der Milz, sowohl die einfache, als auch die nach Malaria, aus der Reihe der Indicationen für die Splenectomie für's Erste noch ausgeschlossen wissen wollen.

N. M. Wolkowitsch: „Ueber eine besondere Affection der grossen Gefässe der Extremitäten (Arteriitis obliterans), als eine der Ursachen der sogenannten spontanen Gangrän derselben". (Aus der chirurgischen Klinik des Prof. F. K. Bornhaupt).

Zusammenstellung der einschlägigen Literatur und ausführliche klinische und pathologisch-anatomische Beschreibung eines eigenen Falles, welche übrigens keine wesentliche Bereicherung des von Winiwarter gezeichneten Bildes enthält. Zwei Tafeln mit guten Abbildungen.

L. F. Lenewitsch: „25 Laparotomien". (Aus dem Stadthospital in Tobolsk).

Die Reihe umfasst 17 Ovariotomien, 4 Myomotomien, 2 Castrationen, 1 Kolpolaparohysterectomie wegen Krebs des Corpus uteri, Operation nach Porro. Am meisten Interesse erregt dieselbe wohl durch den Ort, an welchem die Operationen ausgeführt worden sind. Tobolsk ist der Schauplatz der ersten (schon vor dem Verfasser) in Sibirien ausgeführten Laparotomie gewesen (1877). Die Angaben des Letzteren beweisen, dass er der Ungunst äusserer Verhältnisse grosse Umsicht und bedeutende Geschicklichkeit entgegenzusetzen gewusst hat. Ein genaueres Eingehen auf die einzelnen, kurz und klar mitgetheilten Krankengeschichten dürfte kaum erforderlich sein.

M. A. Wassiljew: „Bericht über die Thätigkeit der Baracke des Rothen Kreuzes auf den Namen Kaiser Alexander II. in Warschau für das Jahr 1889". (Fortsetzung). „Ein Fall von Resection des Thorax bei chronischem Empyem".

Mittheilung eines Falles von veraltetem Empyema necessitatis, in welchem durch ausgedehnte Resection der Brustwand (Rippen, Zwischenrippenmuskeln und Pleura), sowie durch mechanische Ausräumung der Pseudomembranen doch noch Heilung erzwungen wurde. Dazu einige literärische Angaben.

Ispolatow: „Bericht über die chirurgische Thätigkeit im Landschafts-Hospital zu Ussman (1887—1889)".

Ein überraschend reichliches und vielseitiges Material, das Verf. mittheilt, um die Nothwendigkeit sachkundig chirurgischer Hilfe auf dem Lande zu demonstriren, entgegen einer Resolution des Sanitäts-Congresses in Tambow (1889), dass chirurgische Kranke aus den Kreisen in's Gouvernements-Hospital überzuführen seien.

K. J. Smigrodski: „Eine Modification der Zeiss'schen Knochenzange". (Mit Abbildung).

Der Mechanismus der Zeiss'schen Knochenzange ist den amerikanischen Gartenscheeren entlehnt. Derselbe bewirkt eine Combination von Druck- und Schneidewirkung, indem die convexe Branche beim Scheerenschluss zugleich in der Richtung von der Spitze zum Griff an der concaven Branche zurückgleitet. Nach demselben Princip ist bekanntlich auch die weit verbreitete Szymanowski'sche Gypsscheere construirt. Die Modification des Verf. ist hauptsächlich zur Resection von Rippen und anderen flachen Knochen bestimmt, die damit auch bei grosser Härte verhältnissmässig leicht und ohne Splitterung geschnitten werden können. Dieselbe ist ausgezeichnet: 1) durch Zähnelung der convexen, 2) verstärkte Krümmung der concaven Branche, 3) Verlängerung der bohnenförmigen Oeffnung an der ersteren, welche die Gleitbewegung ermöglicht, und 4) Vereinfachung des federnden Apparates zur automatischen Oeffnung der Zange.

Grubert.

Westnik oftalmologii, Juli—October.

R. F. Garnier: „Zur Lehre von der Panophthalmie".

Wenngleich der Ausdruck „Panophthalmitis" für einen klinisch gut charakterisirten Zustand des Auges allgemein gebraucht wird, so ist derselbe in pathologisch-anatomischem Sinne doch nur ein Sammelname für die verschiedensten Zustände des also erkrankten Auges. G. behauptet, es liessen sich in der gesammten ophthalmologischen Literatur nicht zwei gleichartige pathologisch-anatomische Beschreibungen für obigen Krankheitsbegriff auffinden. G. untersuchte 5 Augen. In 4 Fällen war die Panophthalmitis einer Cataractoperation gefolgt und in einem Falle entwickelte sich dieselbe nach einem Trauma. G. stellte sich die Aufgabe, die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Häute

des Augapfels, sowie die Verbreitung von Mikrobien im panophthalmitischen Auge näher zu erforschen. Für jedes untersuchte Auge giebt er eine genaue, die einzelnen Theile berücksichtigende Beschreibung. In allen Fällen gelang der Nachweis, dass die Hornhautwunde die Infectionspforte gebildet: *längs den, zwischen den Wundrändern liegenden Iristheilen oder Kapselresten waren die Mikrobien eingewandert.*

Es fanden sich Streptokokken, Staphylokokken etc. Die Untersuchung beweist, wie wichtig es ist, bei der Extraction auf genaue, durch keine Zwischenlagerungen gestörte, Adaption der Wundränder zu achten.

E. Adamük: „Zur Netzhautablösung".

Im März-April-Heft des Westnik Oft. hatte Loshetschnikow in seiner Casuistik geheilter Netzhautablösungen gesagt, dass stark entwickeltes Oedem der Retina eine Netzhautablösung vortäuschen könne (so bei Schwangeren an Albuminurie und Oedemen leidenden Frauen) und solche Fälle dann mit Unrecht als glücklich geheilte Netzhautablösungen angesehen werden. A. behauptet das Auftreten, sowie die Heilbarkeit echter Netzhautablösung bei acuter Albuminurie — Krankengeschichte einer Frau im 8. Schwangerschaftsmonate; Ablatio beiderseits, in einigen Wochen Heilung bei $V = 1/1$. Es folgt eine genaue Krankengeschichte einer traumatischen Netzhautablösung, welche spontan ausheilte und zur Zeit bereits 10 Jahre lang in Beobachtung ist. Ferner ein Fall zeitweiliger Ausheilung der Netzhautablösung bei Myopie. In der Folge wurde dieser Patient iridectomirt, die Ablösung ging wiederum prompt zurück und hielt sich das Auge 2 Wochen lang nach der Iridectomie gut, dann trat wiederum ein Recidiv ein.

A. wirft ferner die Frage auf: Wie entsteht die Netzhautablösung und wie bildet sich dieselbe zurück? A. kritisirt die verschiedenen bisher hierüber bekannten Theorien. Ohne Schrumpfungsvorgänge im Glaskörper, welche für die Ablösung erst Raum schaffen, kann sich A. ihre Entstehung nicht denken. Adamük stellte folgendes Experiment an: Entnimmt man irgend einem Thierauge den Glaskörper, ohne ihn zu verletzen, legt denselben auf ein Netz und sticht ihn an, so sieht man, wie alsbald eine dem Kammerwasser ähnliche Flüssigkeit auszusickern beginnt und nach einiger Zeit ist an Stelle des Glaskörpers nur ein Klümpchen Bindegewebe auf dem Netz zurückgeblieben. Ferner schloss er einen unverletzten Glaskörper in eine Gummiblase ein und band die Blase der Art ab, dass die Gummihülle den unverletzten Glaskörper allseitig fest umschloss. Uebte er jetzt mit dem Finger einen allmälig steigenden Druck aus, so fühlte er, wie der Glaskörper sich in einzelne Stücke zertheilte und der drückende und tastende Finger fühlte das Austreten von Flüssigkeit und deutlichste Fluctuation. *Gleichzeitig beobachtete er aber auch eine beträchtliche Verkleinerung der gesammten Glaskörper-Gummiblase. Die Zertheilung des Glaskörpers in Flüssigkeit und Bindegewebsbestandtheile bewirkt also zugleich eine Verringerung des Gesammtvolumens.* Viele nach Traumen auftretende Netzhautablösungen finden hiermit eine rationelle Erklärung. Sobald Verflüssigung des Glaskörpers vorhanden, hört der normale Druck, den derselbe auf die Netzhaut übt, auf und letzterer wird abgehoben, wenn sich hinter derselben aus den Gefässen der Aderhaut Filtrate bilden.

Bei hochgradiger Achsenmyopie nimmt Adamük Zerreissungen im Stroma des Glaskörpers an. In Folge dessen Verflüssigung, Verringerung, des Volums und gestörter normaler Seitendruck des Glaskörpers. A. meint, man solle in der Therapie der Netzhautablösung anzustreben versuchen: Vermehrung des Volumens des Glaskörperraumes durch Einführung von Flüssigkeit in denselben und gleichzeitig Entfernung des subretinalen Filtrates mit nachfolgendem, lange zu tragendem Druckverbande.

Th. Kubli: „Anilinfarbstoffe bei Augenkrankheiten". Deutsch in № 39 dieser Wochenschrift.

Kubli hat das Mittel an ca. 500 Kranken versucht und kann dessen gerühmte gute Wirkung *nicht bestätigen.*

M. Reich: „Ein Fall von Coordinationsspasmus der oberen geraden Augenmuskeln".

Ein 30-jähriger Hirt hatte 3 Tage lang gefiebert und darnach folgende Erscheinungen geboten: Mehrmals stündlich, jedes Mal 3 bis 4 Minuten lang, wurden beide Augen nach oben gedreht, so dass von der Hornhaut fast nichts sichtbar war. Die Augen führten in obiger Stellung langsame nach oben gehende, zuckende Bewegungen aus. Schmerzen fehlten. Sobald der Anfall vorüber war, nahmen die Augen normale Stellung ein. Ausser etwas vergrösserter Milz negativer Befund. Sehschärfe normal. Anamnese negativ. Im Verlaufe von 6 Tagen hörten die Anfälle, allmälig seltener werdend, auf. Patient erhält Kali bromati et Kali jodati aa 2.0 pro die.

E. Blessig: „Zur Casuistik der subconjunctivalen Cysticercen". Deutsch in № 40 dieser Wochenschrift.

E. Obraszew und Ssergejew: „Ein Fall von Keratitis syphilitica punctata".

Sehr ausführliche Krankheitsgeschichte. 62-jähriger Mann. Die Infection hatte erst vor 4 Monaten stattgefunden. Patient wurde mit Injectionen von Hydrarg. salicyl. (Gr. 1/6 pro die) behandelt. Zur Zeit, da Patient die Hornhauterkrankung und begleitende Iritis acquirirte, war er bereits blind, rechts seit mehr als 15 Jahren, links seit 6 Jahren. Ueber die Ursache der Erblindung konnte nichts Sicheres eruirt werden. Die Resorption und Aufhellung der parenchymatösen Hornhauttrübungen ging gut von Statten, entsprechend dem Fortschreiten der Behandlung, bei gleichzeitigem Schwund der zahlreichen sonstigen Secundärerscheinungen der Lues. Bemerkenswerth war, dass die Resorption einzelner grösserer Hornhautinfiltrate derart vor sich ging, dass sich in der Mitte eine Delle bildete — bei intacter und spiegelnder Oberfläche — wodurch die Hornhautoberfläche ein theilweise welliges Aussehen erhielt. Im Ganzen waren 40 Injectionen gemacht worden.

J. N. Nikoljukin: „Bericht über 304 Cataractextractionen, ausgeführt i. d. Jahren 1888 und 1889".

N. verfügte über ein Landhospital mit 15 Betten. Da diese Bettenzahl für Kranke aller Art ausreichen sollte und das Hospital stets überfüllt war, *so behielt N. viele seiner Extrahirten nur 8 Stunden lang im Hospital und schickte sie dann in das Dorf in beliebige Privatunterkunft — meist einfache Bauernhütten. Viele wurden auch in den Bauernstuben operirt. N. hat hiermit keine besonders schlechten Erfahrungen gemacht.* Operation unter antiseptischen Cautelen. Zur Operation kamen: flüssige Staare 23; flüssige mit hartem Kern 55; einfache senile 140; weiche Staare 82; Schichtstaare 2; Phakosclerome 2.

Verbandwechsel täglich; vom 6. Tage ab nur ein Schutzläppchen; *am 10. Tage wurden die meisten Kranken bereits entlassen.*

Die periphere Extraction mit Schnitt im Limbus oder etwas cornealwärts war Regel. In 130 Fällen extrahirte Verf. den Staar in der Kapsel, darunter 34 Mal ohne Glaskörperaustritt. Ohne Iridectomie 33 Extractionen. An Stelle einer vollen Iridectomie zieht N. die Sphincterectomie vor. Linearextractionen 2, Discisionen 2.

A. N. Popow: „Bericht über 103 Cataractextractionen vom März 1882 bis April 1888".

Die ersten 42 Extractionen, welche unter sehr ungünstigen äusseren Bedingungen gemacht werden mussten, gaben 8 Vereiterungen = 20%. Die anderen 61 Extractionen gaben bei ungleich günstigeren Bedingungen 5 Verluste = 8,2%. Antiseptische Cautelen. Peripherer Linearschnitt. P. giebt gleich nach Beendigung der Operation Eserin trotz Iridectomie. Die meisten Kranken in 10 Tagen entlassen.

Popow empfiehlt zum Schluss, bei Eiterungen in der Extractionswunde und bei blennorrhoischen Zuständen des Auges Einträufelungen von 2% Lösung Chinini sulfurici — es soll sehr gut die Secretion coupiren (?).

H. A. Dohnberg empfiehlt einen billigen, unter seinem Namen gehenden Augenspiegel und Brillenkasten.

J. Eliasberg: „Brief an die Redaction in Anlass der Veröffentlichung Joelson's über Keratalgia traumatica". (Mai-Juni).

E. weist darauf hin, dass der Symptomencomplex dieser Erkrankung bereits von Arlt 1875 gebracht worden ist und nicht Grandclément als der erste Autor angesehen werden darf.

A. Lawrentjew bringt eine kurze Beschreibung der ophthalmologischen Abtheilung in der medicinischen Ausstellung des X. internationalen Congresses zu Berlin.

Von Seiten der Redaction ein kurzer zusammenfassender Bericht über die bisher bekanntgegebenen Resultate mit *Pyoktanin*, wonach das Mittel werthlos erscheint. Germann.

Westnik obschtschestwennoj gigieny, ssudebnoj i praktitscheskoj mediziny № 9.

W. W. Swjatlowski: „Talgschmelze, Seifensiederei und Lichtfabrikation in sanitärer Beziehung".

Detaillirte Beschreibung des Betriebes der 3 in dem Titel genannten Industriezweige mit Hinweisen auf die vom hygienischen Standpunct zu rügenden Missstände bei denselben.

Bei der Talgschmelze sind in dieser Beziehung zu nennen: Das unsaubere, fäulnissfähige Rohmaterial und die ebenso beschaffenen Abfallstoffe, ausserdem die sowohl für die Arbeiter als für die Anwohner lästige Entwickelung von flüchtigen Fettsäuren und Acroleïn, welche übrigens weniger von den grossen Fabriken als im Kleinbetriebe der Luft beigemischt werden.

Zu den soeben genannten Uebelständen gesellt sich bei der Seifensiederei eine wirkliche Gefahr für die Arbeiter, indem durch Einathmung alkalischer Dämpfe Erkrankungen der Respirationswege, durch das Handtiren mit Laugen Gefühlsverlust der Haut, durch Lastenheben Herzfehler (?), durch die schlüpfrige Beschaffenheit des Bodens und der Treppen um die Kessel herum Traumen und Verbrennungen entstehen können. Hierzu kommt noch die Feuergefährlichkeit des Betriebes. Der Consument kann durch Verwendung giftiger Farben geschädigt werden.

Im Wesentlichen gilt dasselbe auch von der Lichtfabrikation, nur kommen hier noch die bei der Anwendung starker Säuren entweichenden Dämpfe in Betracht. Das überaus traurige Bild, welches manche Autoren vom Gesundheitszustande der Arbeiter in

den Lichtfabriken entwerfen, ist Verf. indess nicht in der Lage bestätigen zu können.

E. E. Iwanow: „Die Morphologie der Frauenmilch und ihre Bedeutung für die Ernährung des Kindes". (№ 7—9).

Das reiche Material des St. Petersburger Findelhauses, welches die Ausführung schon so mancher werthvollen Arbeit ermöglicht hat, setzte auch den Verf. in die Lage, eine Frage ausgiebig zu untersuchen, die in gleicher Weise das Interesse des Physiologen wie des praktischen Arztes beansprucht. Die Abhandlung bietet eine sorgfältige Zusammenstellung und Kritik der einschlägigen Literatur, mikroskopische Studien über Colostrum und Milch, physiologische Untersuchungen über die Wechselbeziehungen der morphologischen Milchelemente zu einander, sowie über deren Abhängigkeit von dem Ernährungszustande der Frau, schliesslich klinische Beobachtungen über den Nährwerth der morphologisch verschiedenen Milchsorten für den Säugling. Tabellen, graphische Darstellungen und histologische Zeichnungen hat Verf. zur Veranschaulichung seiner Ausführungen beigegeben. Es würde zu weit führen, die interessanten Einzelheiten der Arbeit einer eingehenden Besprechung zu unterwerfen; die aus denselben gezogenen Schlüsse jedoch mögen in ihrer vollständigen Wiedergabe den Leser über den Standpunct des Verf. orientiren:

1) Die Colostrumzellen sind epithelialer Natur.

2) Das Colostrum geht bei Mehrgebärenden eher in Milch über als bei Erstgebärenden.

3) Der Zeitpunct, wann die Colostrumkörperchen verschwinden, hängt sowohl von der Zahl der Geburten ab (je mehr, desto früher), als auch von dem Allgemeinbefinden und den Wochenbetterkrankungen, welche das Verschwinden der Colostrumkörperchen lange hinhalten.

4) Die Colostrumkörperchen treten als Symptom der Involution der Drüse bei der Hälfte aller Stillenden nach 10 Monaten des Stillens zum zweiten Male in der Milch auf.

5) Die hyalinen Schollen bilden sowohl selbständig als auch in Verbindung mit den Fettkügelchen einen normalen Bestandtheil der Milch in einem gewissen Momente ihrer Ausscheidung.

6) Die Grösse der Fettkügelchen und ihre Menge sind in der Milch gewöhnlich einander direct proportional.

7) Gute Ernährung, Gesundheit und jugendliches Alter bedingen eine Milch, welche reicher ist an grossen und mittleren Kügelchen; dasselbe gilt, nur in geringem Grade, von den Zellen.

8) Beim Saugen ist die letzte Portion Milch im Vergleich mit den ersten Portionen ärmer an Kügelchen; letztere sind zugleich kleiner.

9) Die grösste diagnostische Bedeutung für den Nährwerth der Milch beansprucht die Zahl der Fettkügelchen, darauf in absteigender Reihenfolge — die Grösse der Kügelchen, die Zahl der Zellelemente und endlich die Zahl der Körnchen.

10) Milch mit einem grossen Gehalt von Fettkügelchen (mehr als $3^1/_2$%) wird im Allgemeinen von Kindern frühen Alters schlechter vertragen, als Milch mit mittlerem Gehalt.

11) Bedeutende Grösse der Fettkügelchen setzt den Nährwerth der Milch herab, besonders bei grossem Reichthum an Fett. (Die Milch wird schlecht vertragen).

12) Die tägliche Gewichtszunahme der Säuglinge erreicht im Allgemeinen ihr Maximum bei einer Milch von mittlerem Gehalt an durchweg mittelgrossen Fettkügelchen (27,7 Gr.).

13) Milch mit wenig und zugleich kleinen Fettkügelchen giebt eine geringe tägliche Gewichtszunahme (16 Gr.), ebenso verhält sich Milch mit vielen und zugleich grossen Fettkügelchen (19 Gr.).

14) Schwächliche *junge* Ammen sind im Allgemeinen die allerschlechtesten; sie geben eine tägliche Gewichtszunahme von 4,5 Gr. bei häufigen Dyspepsien.

15) Die mikroskopische Prüfung der Milch giebt zuverlässige Fingerzeige bei unmittelbarer Untersuchung der frisch abgezapften Milch. Wladimirow.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1889. Ein Jahrbuch für prakt. Aerzte. herausg. von Dr. Arnold Pollatschek. — Berlin u. Leipzig 1890. Heuser's Verlag. — Pr. Mk. 4,50.

Die Massotherapie oder die Massage als Behandlungsmethode von Prof. William Murrell, deutsch nach der 4. Auflage von Dr. Otto Roth. — Berlin u. Leipzig 1890. Heuser's Verlag. — Preis 3 Mk.

Klinik der Herzkrankheiten von Prof. Germain Sée, deutsch von Dr. Max Salomon. Bd. I. — Hamburg u. Leipzig 1890. Leop. Voss.

Therapeutisches Handlexikon für Aerzte und Studirende von Dr. Th. Zerner jun. — Wien 1890. Moritz Perles. — Pr. 6 Mk.

1) Краткій отчетъ объ эпидемическомъ гриппѣ 1889 года по даннымъ Петербургскаго Никол. Военн. Госп. — 2) Къ статистикѣ и этіологіи цынги. Л. Б. Бертенсона. — С.-Петербургъ. Стасюлевичъ.

Руководство къ изученію хирургическихъ повязокъ. Десмургія. Сост. Проф. А. А. Бобровъ. — Изд. третье. — Москва 1890. А. Лангъ.

Coeliotomy by Robert B. Harris. — Philadelphia 1890. Dornan.

Lectures on some points in the treatment and management of neuroses by E. C. Seguin. (New-York med. journ. 1890, April.)

Die Nordseebäder auf Sylt, Westerland und Wenningstedt. 7. Aufl. — Hamburg 1890. Otto Meissner. — Preis 1 Mk.

Ein Beitrag zur Prophylaxe der Puerperalerkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Lehre von der Selbstinfection von Anton Holowko. Diss. — Dorpat 1890.

Die ideale Cholecystotomie zweizeitig ausgeführt, von Dr. E. Slajmer. (Sep.-Abd. W. klin. Woch.)

Ein Beitrag zur Casuistik der Schädelverletzungen von Dr. F. Slajmer. (Sep.-Abdr. W. klin. Woch.)

Congrès français de chirurgie, 4-e session. — Paris 1889. — Procès-verbaux, mémoires et discussions, publiés sous la direction du Dr. L. Picqué, secr. gen. adj. — Paris 1890. Felix Alcan.

Руководство къ хирургической патологіи и терапіи Ф. К. Борнгауптъ. Въ двухъ частяхъ. — Кіевъ 1890.

Ueber die Beziehungen gewisser Nasen- und Rachenleiden zum Stottern von R. Kafemann. — Danzig 1891.

Къ вопросу о повторномъ зараженіи сифилисомъ Проф. А. И. Поспѣловъ. — С.-Петербургъ 1890.

Spinal Surgery by Robert Abbé, M. D. — New-York 1890.

Erster Nachtrag zur Bibliographie des modernen Hypnotismus von Max Dessoir. — Berlin 1890. Carl Duncker.

Ueber mechanische Behandlung von Gebärmuttergeschwülsten von Dr. Freudenberg. — Berlin u. Leipzig 1890. Heusers Verlag.

Указатель русской литературы по математикѣ за 1888. Составленъ Совинскимъ. — Кіевъ 1890. — Цѣна 2 руб.

Springende Thrombose der Extremitäten und Hirnsinus bei einer Erwachsenen mit Ausgang in Genesung von Dr. Albrecht Erlenmeyer. — Leipzig 1890. Verlag von G. Thieme.

Gardone-Riviera avec Gardasee von Dr. Koeniger. Zweite Auflage. — Berlin. J. Springer.

Къ діагностикѣ и леченію трубной беременности въ первой ея половина. Смоленскаго. — С-Петербургъ 1890.

Mechanotherapie. Von Dr. Anton Bumm. — Wien u. Leipzig 1890. Urban & Schwarzenberg.

Handbuch der Zahnheilkunde von Dr. Julius Scheff jun. Mit 1000 Orig.-Holzschnitten. 3. Lieferung. — Wien 1890. Alfr. Hölder.

Ueber den Salzgehalt der Seeluft; von Dr. E. Friedrich in Dresden. Sep.-Abdr. aus „D. Med. Ztg." № 61—63, 1890.

Altes und Neues in der Therapie von Dr. H. Vierordt. — Tübingen 1890. Verlag von Franz Fues. — Preis 80 Pf.

Systematischer Gang der Analyse des Harns von Dr. C. Neubauer. 9. Auflage. Bearb. von Dr. E. Borgmann. — Wiesbaden 1890. Kreidel's Verlag.

Anleitung zur qualitativen und quantitativen Analyse des Harnes von Dr. Neubauer, Vogel, Huppert, Thomas. — Wiesbaden 1890. Kreidel's Verlag. — Preis 12 Mk.

Lehrbuch der gerichtlichen Medicin von Dr. Ed. v. Hofmann. 5. verm. u. verbess. Aufl. I. Hälfte. — Wien u. Leipzig 1890. Urban & Schwarzenberg.

Der chron. Gelenk-Rheumatismus von Dr. R. Wichmann. Mit Abbild. — Berlin u. Leipzig. Heuser's Verlag (Louis Heuser). — Preis 2 Mk. 80 Pf.

Beiträge zur Augenheilkunde von Prof. R. Deutschmann. 1. Heft mit 10 Abbild. — Hamburg u. Leipzig 1890. Verlag von L. Voss. — Preis 2 Mk.

Kurzer Abriss der Percussion und Auscultation v. Dr. H. Vierordt. 3. Aufl. — Tübingen 1890. Fr. Fues. — Pr. Mk. 1,20.

Zur Lehre von den contagiösen Infectionskrankheiten von Dr. E. Reger. Mit 63 lith. Tafeln. — Berlin 1890. Fischer's medic. Buchh. (Kornfeld).

Lehrbuch der Chirurgie von Dr. Albert. II. Band mit 214 Holzschn. 4. Aufl. — Wien u. Leipzig 1890. Urban & Schwarzenberg. — Preis 12 Mk.

Die Hydrotherapie von Dr. W. Winternitz. I. Band mit 40 Holzschn. — Wien u. Leipzig 1890. — Preis 10 Mk.

Die Krankenpflege von Dr. P. Rupprecht. Mit 442 Abbild. — Leipzig 1890. Verlag von Vogel. — Preis 5 Mk.

Deutschlands Gesundheitswesen von Dr. A. Guttstadt. I. Theil. — Leipzig 1890. Verlag von G. Thieme. — Pr. 10 Mk.

Der Hypnotismus von W. Preyer. Mit 9 Holzschn. — Wien u. Leipzig 1890. Urban & Schwarzenberg.

Das Aerzte-Vereinswesen in Deutschland von Dr. E. Graf. — Leipzig 1890. Vogel. — Preis 2 Mk.

Lehrbuch der Ohrenheilkunde von Professor Dr. V. Urbantschitsch. 3. Aufl. Mit 76 Holzschn. u. 8 Tafeln. — Wien und Leipzig 1898. Urban & Schwarzenberg.

Дозв. ценз. Спб. 14 Декабря 1890 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.

UEBERSICHT
UEBER DIE
RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR

№ 11/12. (Schluss.) Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». **1890.**

Nachträge vom Jahre 1890 werden im nächsten Jahrgange enthalten sein.
Namen- und Sach-Register für 1890 werden demnächst erscheinen.

Wratsch № 27—40.

J. W. Troizki: „Magenspülungen zu therapeutischen Zwecken bei kleinen Kindern". (№ 26, 27).

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Die Magenspülungen sind ein werthvolles Mittel, welches beginnende Magendarmerkrankungen coupiren, dadurch den Uebergang derselben in chronische oder acute, entzündliche und specifische Formen verhindern kann. Je früher sie angewandt werden, um so augenscheinlicher ist ihre Wirkung.

2) Die für diese Therapie zugänglichsten Erkrankungen sind die afebrilen Dyspepsien, von denen die rein vom Magen abhängigen am raschesten, langsamer die Magendarmaffectionen, am langsamsten die nur vom Darm abhängigen der therapeutischen Maassnahme weichen.

3) Die Magenausspülungen sind von Nutzen bei den acut entzündlichen Magendarmerkrankungen, ebenso beim specifischen Sommerdurchfalle, nur müssen ausserdem noch andere therapeutische Maassnahmen diese Behandlung unterstützen.

4) Verschleppte und chronische Magen- und Darmerkrankungen können bei gleichzeitiger Anwendung von Magenspülungen und innerer entsprechender Medication vollständig geheilt werden.

N. W. Sklifassowski: „Die ideale Cholecystotomie". (№ 27).

Ein casuistischer Beitrag: gelungene Cholecystotomie, Entfernung eines Gallensteines, Naht der Blase und Reposition derselben.

Eingeleitet ist dieser Beitrag durch epikritische Bemerkungen über die Operationsmethoden bei Cholelithiasis.

Derselbe: „Exstirpation einer Lebergeschwulst (Fibromyoma lipomatodes sarcomatodes hepatis)". (№ 27).

Obige Geschwulst wurde durch die Laparotomie entfernt. Sie ging vom Lobus quadr. aus, mit dem sie durch einen $2^1/_2$-fingerbreiten Isthmus verbunden war. An dieser Stelle wurde der Schlauch angelegt und durch eine Stahlnadel fixirt. Abtragung unterhalb des Schlauches und der Nadel, Einnähen des Stumpfes in die Bauchwunde (Etagennaht). — 4 Tage Schwäche, Uebelkeit, Erbrechen; Temperaturen bis 38,4°. Vom 5. Tage Besserung; am 7. Tage Entfernung einiger, am 10. Tage aller Nähte und des Schlauches; nach 12 Tagen Entfernung der Nadel. Definitive Heilung.

In der Vorbemerkung spricht der Verf. die Vermuthung aus, ob nicht durch Druck von Neubildungen sich in den angrenzenden Theilen der Leber Wucherung der Bindegewebssubstanz der Leber einstelle, wodurch für die Naht günstigere Bedingungen gegeben würden.

J. W. Sabludowski: „Zur Technik der Massage". (№ 27, 28).

Angaben über die Massage bei traumatischen Neurosen, Neuritiden und Perineuritiden und bei nervöser Dyspepsie — mit Krankengeschichten.

A. J. Kolzow: „Zur Frage der Tuberculose-Infection bei der Beschneidung". (№ 27, 28).

Neun ausführlich beschriebene Fälle von Infection nach Beschneidung durch einen tuberculösen Beschneider.

O. A. Rustizki: „Zur operativen Behandlung der Hämorrhoiden". (№ 28).

Verf. beleuchtet kritisch die Operationsmethoden und schlägt schliesslich seine eigene vor, die in Durchschneidung des Sphincters, zuweilen bis zum Steissbeine, Ligiren der vorgefallenen Knoten und nachträglichem Abbrennen mit dem Thermocauter besteht.

W. J. Tschugin: „Ueber den Postwaggon und die diensthabenden Postbeamten im Zuge". (№ 28, 29).

Beleuchtung der schlimmen sanitären Einrichtung des ersteren, des schweren Dienstes der letzteren und der bei diesem Dienste acquirirten Krankheiten.

P. D. Enko: „Der gegenwärtige Stand der Frage von der künstlichen Ernährung der Säuglinge". (№ 28).

Verf. kommt nach seinen Worten auch auf Grund der Empirie dahin, dass die Frauenmilch nur durch solche Mischungen ersetzt werden könne, „die ein fein vertheiltes Gerinnsel geben und nur vollständig verdauliche Bestandtheile haben". Aber auch die Gewissenhaftigkeit Derer, die das Kind ernähren, sei von Wichtigkeit, daher auch die künstliche Massenernährung in Findelhäusern so wenig erfreuliche Resultate aufweise.

N. L. Seeland: „Ueber eine Tagesfrage". (№ 28, 29, 31).

Ein interessanter Artikel, der die ärztlichen Missstände und den Charlatanismus beleuchtet.

K. G. Goralewitsch: „Zur Frage der Wirkung kalter, indifferenter und heisser Vollbäder in stehendem und fliessendem Wasser auf die Gesundheit des Menschen". (№ 29, 30).

Eine grosse Anzahl von Untersuchungen, die in Tabellen vorliegen. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen, die er in 11 Thesen zusammenfasst:

Die kalten Bäder setzen die *Temperatur* herab, und zwar erst nach dem Bade, in fliessendem Wasser noch stärker und schon gegen Ende des Bades. — In indifferenten Bädern (30—34° C.) fällt die Achselhöhlen- und die Mundtemperatur, und zwar in fliessendem Wasser stärker; nach dem Bade steigt sie. Die Hauttemperatur steigt, wobei kein Unterschied zwischen stehendem und fliessendem Wasser. — In heissen Bädern steigt die Temperatur, in fliessendem Wasser stärker. Nach dem Bade schnelles Sinken. — Der *Puls* wird im kalten Bade langsamer, um 2 Schläge in der Minute, noch langsamer in fliessendem Wasser. Dasselbe geschieht auch im indifferenten Bade. Im heissen Bade nimmt die Zahl der Pulsschläge zu (um 25 in der Minute), im stehenden Wasser noch mehr. — Die *peripheren Gefässe* contrahiren sich im kalten Bade, noch stärker im fliessenden Wasser, bleiben unverändert im indifferenten Bade, erweitern sich im heissen Bade, welche Dilatation im fliessenden Wasser noch zunimmt. — Die *Athemfrequenz* wird im kalten Bade wenig, im indifferenten gar nicht verändert, nimmt im heissen Bade zu. Kein Unterschied zwischen stehendem und fliessendem Wasser. — Die *Hautsensibilität* nimmt im kalten Wasser ab, im indifferenten und heissen Bade zu, kein Unterschied zwischen stehendem und fliessendem Wasser.

K. Noiszewski: „Die Behandlung des chronischen Trachoms mittelts Schleimhauttransplantationen. Conjunctiva plastica". (№ 29). cfr. Centralbl. für prakt. Augenheilk. 1890, Febr. u. Aug. Ref. S. 434 dieses Jahrganges der Wochenschr.

N. Sacharow: „Die Conservirung der Malariaplasmodien im lebenden Zustande in Blutegeln". (№ 29).

Sie werden nach der von Pasternatzky angegebenen Methode conservirt (man lässt die Blutegel gefrieren).

K. J. Nedswjezki: „Zur Frage von der Wirkung der Antipyretica auf die Wärmeabgabe beim Abdominaltyphus der Kinder". (№ 29, 30).

Verf. zieht folgende Schlüsse:

Der verstärkte Wärmeverlust bei Antipyrin- und Antifebringebrauch dauert nicht lange an und ist an und für sich nicht gross; die Körpertemperatur beim Abdominaltyphus hängt bei Anwendung dieser Mittel vorherrschend von der Herabsetzung der Wärmeerzeugung ab.

Chinin im Fastigium des Abdominaltyphus vergrössert bedeutend und auf recht lange Zeit die Wärmeverluste der Haut; folglich tritt bei Chiningebrauch in dieser Periode des Abdominaltyphus wahrscheinlich eine erhöhte Wärmeproduction ein.

Bezüglich der Hauttemperatur muss bemerkt werden, dass deren Schwankungen nicht entsprechend den Wärmeverlusten sich verhalten: ein constantes Verhältniss war nicht zu bemerken, worauf schon Arnheim hingewiesen (Wr. 1888, № 6).

Zum Schluss die Bemerkung, dass die Antipyretica bei verschiedenen Fiebern zu untersuchen seien, da es sehr wahrscheinlich, dass dasselbe Mittel verschieden bei den einzelnen fieberhaften Krankheiten wirke.

P. K. Hausner: „Experimente mit subcutanen Injectionen der Brown-Séquard'schen Emulsion unternommen von den DDr. Tiktin, Rosenstein und Hausner. (№ 29, 30).

Die Experimentatoren kommen „vorläufig" zu folgenden Schlüssen: „1) Dort, wo stabile organische Veränderungen des Nervensystems oder Degenerationen vorliegen, können die Injectionen der Hodenemulsion die Function nicht wiederherstellen, welcher Umstand jedoch nicht die allgemeine tonisirende Wirkung der Injectionen auf das Nervensystem ausschliesst. 2) Sind aber die Erkrankungen des Nervensystems nicht stabil und nur functioneller Natur, so befördern die Injectionen der Emulsion durch Hebung des Tonus des Nervensystems und Verbesserung der allgemeinen Ernährung den schnelleren Rückgang der Erkrankung". Weitere Beobachtungen vorbehalten.

B. W. Werchowski: „Zerfalls- und Regenerationsvorgänge in der functionirenden Submaxillar-Speicheldrüse". (№ 30). Vorläufige Mittheilung.

N. J. Ketscher: „Der Reflex von der Mundhöhle auf die Magensecretion und einige Eigenthümlichkeiten des Magensaftes als Folge der Reflexwirkung". (№ 30). Vorläufige Mittheilung.

W. W. Kudrewezki: „Der Einfluss der Nerven auf die Function der Submaxillar-Speicheldrüse". (№ 30). Vorläufige Mittheilung.

P. P. Milajewski: „Ueber Schwankungen des Blutdruckes bei alten Leuten mit Arteriosclerose und bei jungen gesunden Leuten unter Einfluss warmer Bäder". (№ 30).

Bei alten Leuten sind die Blutdruckschwankungen nach dem warmen Bade nicht so markirt, wie bei jungen Leuten. Bei jungen Leuten sinkt zuerst der Blutdruck, und zwar $^1/_2$ Stunde lang. Nach einer Stunde ist er im Vergleiche zur Norm erhöht. Das erklärt sich nach Verf. dadurch, dass durch das Bad die Gefässe sich erweitern und die Herzaction schneller, aber schwächer wird, wodurch der Blutdruck sinkt. Darauf tritt wahrscheinlich eine Ermüdung der Vasodilatatoren ein und die Vasoconstrictoren bekommen das Uebergewicht.

Bei alten Leuten sinkt zwar der Blutdruck auch, aber nicht bis zum Maximum, ist im Mittel niedriger, als bei jungen. Während er bei diesen zur Norm zurückgeht und dann wieder steigt, findet man bei Alten mit Arteriosclerose, dass der Blutdruck immer noch fällt und schliesslich nach einer Stunde die Norm nicht erreicht hat. Der Grund dafür ist noch nicht klar, wahrscheinlich liegt er in der durch das Alter veränderten Herzaction und dem Verluste der Elasticität der Gefässwände.

J. A. Albizki: „Ueber den Einfluss der Schule auf die physische Entwickelung". (№ 31, 32, 33).

Verf. kommt zum Schluss, dass der hemmende Einfluss am stärksten sich an der Brustcircumferenz und der Körperkraft zeige. Die erstere zeigt gegenüber der Ferienzeit eine 6 Mal geringere Zunahme, die zweite sogar eine Abnahme. Die Abnahme in den 8 Schulmonaten ist gleich $^1/_4$ des Ferienzuwachses oder $^1/_3$ des Jahreszuwachses. — Körpergewicht, Lungencapacität, Muskelkraft (Druck der Hand) nehmen in der Schulzeit $2^1/_2$ Mal langsamer zu als in den Ferien. Das Körperwachsthum ist in der Schulzeit geringer als in der Ferienzeit, im Verhältniss von 1 : 1,13

E. M. Brussilowski: „Zur Frage von den Mikroorganismen bei der Bildung des Limanschlammes". (№ 32, 35, 36).

Verf. meint, dass zur Bildung des Schlammes folgende Agentia nothwendig seien: Das Grundwasser des Salzmorastes oder die Soole des Liman, organisches Gewebe (Pflanzen und Thiere), der Grund und endlich die vom Verf. beschriebenen Bacterien". Die ersten 3 seien gleichsam das Grundmaterial, aus dem durch die Bacterien (und zwar durch die Oxydationsprocesse, die von ihnen angeregt werden) der Schlamm bereitet werde.

Die Beschreibung der Bacterien und das Detail ist im Originale nachzulesen.

J. M. Lwow: „Kolpitis crouposa". (№ 32, 33). 2 casuistische Beiträge und Epikrise.

S. W. Filimonowa: „Zur Frage von den pathologisch-anatomischen Veränderungen der Ovarien bei den Neurosen". (№ 32).

2 Fälle. Mikroskopische Untersuchung der von Prof. Lebedew exstirpirten Ovarien.

J. J. Ognjannikow: „Eine Modification des d'Arsonval-schen Thermostaten mit Benzinheizung". (№ 32). Beschreibung und Abbildung.

G. E. Rein: „Antisepsis oder Asepsis bei Laparatomien?" (№ 33.) Die Antwort lautet folgendermaassen:

„Als bestbegründete Wundbehandlung muss gegenwärtig die Sterilisationsmethode angesehen werden, da nur sie eine keimfreie Wunde giebt. Dabei ist eine Unterscheidung von aseptischer und antiseptischer Methode nicht wesentlich. So lange wir noch nicht im Besitze eines vollkommenen Verfahrens für die Asepsis in unseren Operationssälen sind, so lange können wir auch nicht, in den meisten Fällen, die Einführung mässiger Quantitäten antiseptischer Mittel in die Wunden umgehen".

S. Morosow: „Ein Fall von functionellem Caput obstipum wegen concomittirenden Strabismus". (№ 33).

Casuistischer Beitrag.

W. N. Subowitsch: „Kurze Notiz über Helianthus annuus (Sonnenblume)." (№ 33).

Verf. hat in 9 Fällen schwerer Malaria die Tinctur aus den Blättern und der Rinde junger Stämme mit gutem Erfolge angewandt. Die Tinctur aus den Blättern schien wirksamer zu sein. Schnelle und prompte Wirkung in 3–4 Tagen (in 2 Fällen in 7—10 Tagen). Keine üblen Nachwirkungen.

Präparation: Eine Flasche vollgefüllt mit Blättern (resp. Rinde), darauf 96° Spiritus gegossen. Die Blättertinctur ist gelb, die der Rinde grau. Dosis: 1 Spitzglas voll 3 Mal täglich.

K. M. Ssapeshko: „Wie erreicht man Reinheit der Luft im Operationsraume?" (№ 33). Plan eines aseptischen Operationszimmers. Vorläufige Mittheilung.

Das Princip dabei ist Wasserzerstäubung (Regen) und Ventilation.

O. A. Rustizki: „Zur Therapie der Hernien". (№ 34—40).

Verf. giebt zuerst eine recht genaue kritische Besprechung aller Methoden der Radicaloperation von Hernien.

Es folgen 16 eigene Beobachtungen an Hernien (eigentlich 14, da 2 Fälle Hydroceles communicantes waren), bei denen er anfangs einfache Naht anwandte, später auch ohne diese nur Jodoformtamponade des Bruchsackes, wobei durch Granulationen ein fester Verschluss zu Stande kam.

W. W. Swjatlowski: „Die Sodafabrikation in hygienischer Beziehung". (№ 34, 35).

G. J. Frolow: „Zur Casuistik der Fremdkörper in den Geweben des Organismus." (№ 34).

Ein Fall von langdauerndem Aufenthalt eines Drainröhrchens in einem Glutaeus.

W. P. Kurtschinski: „Die Guttapercha bei Behandlung von Geschwüren und Hautkrankheiten". (№ 35).

Verf. hat gute Resultate gesehen bei Heilung alter Geschwüre einfach durch Bedecken derselben mit Guttaperchapapier. Täglich muss der Verband gewechselt werden. 4 Krankengeschichten.

A. P. Krawkow: „Zur Frage der Fettassimilation aus der Nahrung unter dem Einflusse thermisch indifferenter Süsswasserbäder bei Gesunden". (№ 36). Vorläufige Mittheilung.

Verf. kommt nach seinen Versuchen zu dem Resultate, dass die thermisch indifferenten Süsswasserbäder (28° R.) bei Gesunden die Fettassimilation erhöhen und progressiv das Körpergewicht dabei zunimmt.

N. J. Andrejew: „Zur Therapie der unheilbaren Blasenscheidenfisteln." (№ 37, 38).

Ein Fall einer unheilbaren Blasenscheidenfistel mit vollständiger Zerstörung der Urethra".

W. D. Ssawizki: „Wie lange behält das trockene Sputum Tuberculöser seine inficirenden Eigenschaften in bewohnten Räumen". (№ 37). Vorläufige Mittheilung.

30 Impfungen an Meerschweinchen. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

Frisches trockenes Sputum Tuberculöser behält unter gewöhnlichen Verhältnissen in Wohnräumen seine Infectiosität nur ungefähr zwei und einen halben Monat.

Kein Unterschied zwischen im Dunkeln oder im Lichte aufbewahrtem Sputum.

A. A. Lipski: „Panicum sanguineum s. Digitaria sanguinalis. Dessen Bestandtheile und Nährwerth." (№ 36, 38).

Diese Getreideart, seit 1882 und 1883 erst in Russland (Kiew) eingeführt, bedarf keiner besonderen Pflege, wächst auf felsigem und sandigem Boden, wo Hirse nicht mehr fortkommt, giebt reichen Ertrag und scheint einen nicht unbedeutenden Nährwerth zu haben. Nach ihren Bestandtheilen ist die Pflanze der Hirse ähnlich und reicher an Stickstoff als Buchweizen, Reis, Perl- und Mannagraupen.

Die Grütze dieser Pflanze steht in Bezug auf die Assimilationsfähigkeit der Stickstoffbestandtheile den anderen bekannten Grützen nicht nach.

Die Details, die Zahlen und Untersuchungsmethoden müssen im Originale nachgelesen werden.

P. A. Walter: „Ueber den Einfluss des arteficiellen Fiebers auf Thiere, die mit der (Fraenkel-Weichselbaum-schen) Pneumonie-Mikrobie inficirt sind". (№ 37, 38, 40).

Experimentelle Untersuchungen, welche beweisen, dass die erhöhte Temperatur auf die Bacterienentwickelung hemmend einwirkt.

A. W. Popow und O. A. Stoff: „Ein Fall von spontaner Heilung eines Fibromyoms des Uterus". (№ 37).

S. S. Wermel: „Tetanus nach Beschneidung. Heilung". (№ 37). Casuistischer Beitrag.

A. M. Lewin: „Zur Pathologie der acuten bacteriellen Entzündungen". (№ 38, 39).

Experimentelle Arbeit über die durch den Milzbrandbacillus und Staphylokokkus aureus bedingten Entzündungen des Bindegewebes.

Die Details sind im Originale nachzulesen.



N. W. Netschajew: „Beiträge zur Frage von dem Einflusse der Salzbäder (35° C.) auf den Stickstoffumsatz und die Assimilation der Stickstoffbestandtheile der Nahrung bei Gesunden". (№ 38). Vorläufige Mittheilung.

Verf. constatirt, dass die Assimilation zunimmt, ebenso der Stickstoffumsatz, die Hautlungenverluste grösser werden, und zwar besonders in der Periode nach dem Bade; das Körpergewicht abnimmt.

B. J. Kijanowski: „Zur Frage von der antimykotischen Eigenschaft des Magensaftes". (№ 38, 40).

Das Detail ist im Originale nachzulesen. Die Schlussfolgerungen lauten:

1) Der nüchterne Magen des gesunden Menschen enthält viele Mikroorganismen.

2) Die Zahl der Mikroorganismen im Mageninhalte in den ersten Stunden der Verdauung steht im directen Verhältnisse zur Zahl der mit der Speise, den Getränken, der Luft und dem Speichel verschluckten Mikrobien.

3) Der Magensaft — hauptsächlich dessen Salzsäure — besitzt antimykotische Eigenschaften.

4) Bei der Magenverdauung betheiligen sich die Mikroorganismen aller Wahrscheinlichkeit nach nicht.

Daran schliesst Verf. folgende Erwägungen:

5) Dass Personen, die aus irgend welchen Gründen wenig Salzsäure im Mageninhalte haben, leichter als Gesunde sich vom Magen aus inficiren können.

6) Dass Aerzte nie längere Zeit am Morgen bei nüchternem Magen sein sollten. (Daher der Rath des Hippokrates, nur dann Kranke zu besuchen, wenn man gegessen hat).

7) Dass in Epidemien, z. B. der Cholera, der Magen nie leer zu lassen sei, sondern immer, wenn auch eine geringe Menge, wo möglich sterilisirter Nahrung enthalten sollte.

W. M. Bechterew: „Ueber die Erkrankung des Conus medullaris und der Cauda equina des Rückenmarks". (№ 39).

P. K. Gorbatschew: „Beiträge zur Frage von dem Einflusse des Bergsteigens auf Blutdruck, Körpertemperatur, Puls, Athmung, Hautlungenabgabe und Nahrungsaufnahme". (№ 39). Vorläufige Mittheilung.

Der Blutdruck wird gesteigert, ebenso die Temperatur: die Athmung wird tiefer, die Hautlungenabgabe grösser. Bezüglich der Nahrungsaufnahme, ebenso von Flüssigkeiten, war kein Einfluss zu constatiren.

J. W. Sabludowski: „Behandlung von Lähmungen, die von Druck auf Nerven abhängen, mit Massage". (№ 39).

K. E. Wagner: „Zur Lehre von der Bedeutung der Temperatur bei Infectionskrankheiten". (№ 39, 40). Vorläufige Mittheilung.

Die Resultate seiner Experimente an 46 Hühnern fasst Verf. in folgende Puncte zusammen:

1) Unter gewöhnlichen Bedingungen sind Hühner immun gegen Milzbrand. Diese Immunität verdanken sie der phagocythären Eigenschaft der weissen Blutkörperchen.

2) Die Mikrobien des Milzbrandes können sich im Organismus der Hühner vervielfältigen und ihre Lebensfähigkeit und Infectiosität behalten; die Impfung mit Milzbrand ist für das Huhn nicht gleichgiltig und erzeugt Fieber.

3) Das Huhn erkrankt und stirbt am Milzbrande, wenn es des Schutzes seiner weissen Blutkörperchen verlustig geht. Dieses kann geschehen: a) bei Herabsetzung der Temperatur durch kalte Bäder; b) unter Einwirkung von Antipyrin; c) unter Einwirkung von Chloralhydrat.

N. Sassjadko: „Der Einfluss verschiedenartiger Kost — vegetabilischer, animalischer und gemischter — auf den Eiweissgehalt des Harnes, den arteriellen Blutdruck, Oedeme, Puls, Temperatur, Gewicht und allgemeinen Ernährungszustand bei chronischer Nephritis." (№ 39). Beiträge zur Diaetetik der chronischen Nephritiden. Vorläufige Mittheilung.

Als die am meisten zweckentsprechende Kost für Nephritiker muss die gemischte angesehen werden, wobei bei interstitieller chronischer Entzündung der Nieren und allgemeiner Schwäche derselben vorzuziehen ist die gemischte Kost mit Vorwiegen der Fleischkost, dagegen bei parenchymatöser chronischer Nephritis mit grossem Eiweissverlust — gemischte Kost mit vorwiegender Pflanzenkost oder Milch. Mit Pflanzenkost und Ruhe kann man das Harneiweiss bis auf ein Minimum herabdrücken. Italienische Kastanien (gebacken und gebraten) verringern merkbar die Eiweissmenge im Harne (durch ihren Gehalt an Gerbsäure).

Neumann.

Russkaja Medizina № 36—48.

(1889. Nachtrag).

Pawlowski: „Zur Aetiologie der gemischten Formen der Gelenktuberculose". (№ 36 und 37).

Verf. kommt auf Grund seiner bacterioskopischen Untersuchungen atypischer Fälle von tuberculöser Gelenkentzündung, bei welchen er neben den Tuberkelbacillen auch Staphylokokkus aureus und albus, Streptokokkus pyogenes und andere pathogene Mikrobien fand, zum Schluss, dass in diesen Fällen Mischinfectionen vorliegen und dass diese gemischten Formen von Gelenktuberculose ein charakteristisches klinisches Bild aufweisen, durch welches sie von der reinen Gelenktuberculose unterschieden werden können.

Zitrin: „Ulcus rotundum ventriculi". (№ 36).
Casuistischer Beitrag.

Land: „Gehirnaffectionen bei Malaria". (№ 37).

Zwei Fälle: 1) Bei einem 23-j. Soldaten trat während des Malariafiebers Verlust der Sprache und Hemiparesis auf, welche nach dem Gebrauch von Chinin, Sol. arsen. Fowl. und Elektricität, wenn auch langsam (in 3½ Mon.), so doch vollständig sich gab. 2) Bei einem malariakranken Soldaten wurden gleich bei Beginn der Krankheit deutliche Symptome von Meningitis beobachtet, die jedoch nach Chiningebrauch rasch schwanden. In beiden Fällen nimmt L. die Malariainfection als ätiologisches Moment für die Gehirnaffection an.

Okunew: „100 Fälle von Typhus abdominalis". (№ 37).

Leichte Typhusepidemie in der Grodno'schen Garnison, meist ohne Roseola und ohne Durchfälle. Nur 5 Todesfälle; in allen diesen wurden bei der Section die charakteristischen Typhusveränderungen im Darm constatirt. ¼ aller Fälle war mit Malaria complicirt.

Grigorasch: „Ein Fall von Diphtherie, complicirt mit Gesichtserysipel". (№ 37).

Bei einem 4-jährigen Knaben, welcher bereits seit 4 Tagen an einer recht schweren Diphtherie ohne Erfolg behandelt worden war, wurde eine Einreibung von Ung. hydrarg. cin. in die geschwollenen Halsdrüsen verordnet. Da der Feldscher, welchem diese Einreibung aufgetragen worden war, zuerst einer Patientin mit Gesichtsrose Quecksilbersalbe eingerieben und gleich darauf, ohne seine Hände gereinigt zu haben, diese Manipulationen bei dem diphtheriekranken Kinde vorgenommen hatte, so trat bei letzterem nach ½ Stunde ein Gesichtserysipel auf, welches, von den erodirten Stellen des rechten Nasenflügels ausgehend, über die Wange und das rechte Ohr auf den behaarten Theil des Nackens sich verbreitete. Bei der 5 Stunden nach dem Auftreten des Erysipels vorgenommenen Untersuchung fand G. zu seinem Erstaunen eine auffallende Besserung der Halserscheinungen: der diphtheritische Belag war verschwunden und an seiner Stelle waren Geschwüre, zum Theil schon mit guten Granulationen bedeckt, bemerkbar; der fötide Geruch aus Mund und Nase war nicht mehr vorhanden. Am nächsten (5.) Tage machte der erysipelatöse Process bereits einen Stillstand, am 6. Tage war der Knabe fieberlos und am 13. Tage konnte er bereits als genesen entlassen werden.

Nemirowski: „Ein Fall von Scarlatina fulminans". (№ 37).

Ein ca. 4-jähr. gesundes Kind erwachte am Morgen mit heftigem Fieber, stark geröthetem Zäpfchen und Gaumenbögen und einigen rothen Flecken auf der Haut. Um 5 Uhr Nachm. traten Anfälle von Convulsionen auf, welche um 9 Uhr Abds. den Tod herbeiführten. Verf. nimmt als Ursache eine Scharlachinfection an, da in derselben Familie ein älteres Kind gleichzeitig am Scharlach erkrankt war.

E. Gurin: „Die Anwendung der Wärme als methodische Behandlung". (№ 38 u. ff.).

W. Orlow: „Ein Fall von Herniotomie". (№ 42).

Der Bruchsack wurde nicht geöffnet und mit seinem Inhalt nicht sogleich nach Durchschneidung des Leistenringes, sondern erst 2 Tage später reponirt. Genesung.

Wl. Sagorski: „Die Influenzaepidemie in Tscheljabinsk im Herbst 1889". (№ 43).

Nach S.'s Erfahrungen in dieser Epidemie verliefen alle diejenigen Fälle leichter und schneller, in denen gleich zu Anfang ein Abführmittel (Ol. ricini) gegeben wurde. In einigen Fällen, in denen dasselbe während des Schüttelfrostes verabreicht wurde, gelang es die Krankheit zu coupiren. Antifebrin und Antipyrin wirkten gleich gut auf den Kopfschmerz wie auf die Temperaturerniedrigung, Chinin dagegen setzte nur in grossen Dosen (15—20 Gran) die Temperatur einigermaassen bemerkbar herab.

D. Orlow: „Ein ungewöhnlich grosses Angiom der Oberlippe". (№ 44).

Die Geschwulst, welche sich aus einem Muttermaal sehr allmälig (in 35 Jahren) entwickelt hatte, nahm die ganze Dicke der Oberlippe und ihrer Schleimhaut ein und verdeckte die Mund-

spalte derart, dass die Nahrungsaufnahme behindert wurde. Nach Anlegung von 2 Reihen Ligaturen wurde dieselbe fast ohne Blutverlust mit dem Messer entfernt.

J. Land: „Ueber die Anwendung heisser Compressen in der chirurgischen Praxis". (№ 45 und 46).

Verf. hat von der Application heisser Compressen bei chronischen Entzündungen, wo es darauf ankam, die Entzündungsproducte wegzuschaffen (Lymphdrüsenentzündung, Orchitis, Epididymitis, Entzündung der Gelenke), fast stets günstige Erfolge gehabt, nachdem er Compresses échauffantes, Tinct. Jodi und andere aufsaugende Mittel vorher vergeblich angewandt hatte. Die heissen Compressen verdienen seiner Ansicht nach durchaus eine ausgedehntere Anwendung in der chirurgischen Praxis, als sie bis jetzt gefunden haben. L. applicirt die heissen Compressen 2—3 Mal täglich, jedesmal 10—15 Min. lang. Da dieselben schnell erkalten, so müssen sie alle 1—2 Min. erneuert werden, wobei darauf zu achten ist, dass die Temperatur des Wassers, welches für die Compressen dient, auf gleicher Temperatur (40° bis 60° R.) durch Hinzugiessen von heissem Wasser erhalten wird. Die Behandlung ist übrigens streng zu individualisiren und eine forcirte Anwendung der heissen Compressen zu vermeiden. Von Zeit zu Zeit muss eine Pause gemacht werden, da die Hautnerven durch das heisse Wasser leicht in einen paretischen Zustand gerathen und die erwünschte Wirkung dann ausbleibt. Zu hohe Temperaturen der Compressen sind ebenfalls zu vermeiden, da solche leicht Verbrennungen zur Folge haben. Contraindicirt sind die heissen Compressen im acuten Stadium und bei Exacerbation der Entzündung.

Pargamin: „Eine seltene Missbildung". (№ 45).

Während der linke Fuss des 14-jähr. Knaben normal gebaut ist, ist am rechten Fusse die grosse Zehe viel länger, dicker und nach oben und innen gerichtet, die 2. Zehe durch Verwachsung der Phalangen unter sich und mit dem entsprechenden Os metatarsi ganz unbeweglich.

J. Nowizki: „Halbparalytische Thätigkeit des Herzens und Tod in Folge von Paralyse desselben". (№ 45).

Eine ca. 70-jähr. Frau hatte in den beiden letzten Jahren ihres Lebens stets einen Puls von 40—42 Schlägen in der Minute. Ausser Schwäche und asthmatischen Beschwerden waren keine krankhaften Zufälle vorhanden. Herztöne normal, in den Lungen und Bauchorganen nichts Pathologisches. Appetit und Schlaf waren befriedigend.

R. Ssinaiski: „Dammriss und Bildung einer Recto-vaginalfistel in Folge der ersten Cohabitation". Ein Fall. (№ 46).

S. hat die Kranke nicht weiter behandelt.

M. Pogorelski: „Ein Fall von Polyp des Rectums, geheilt durch Hazeline". (№ 46).

P. verordnete einem 10-jähr. Knaben, welcher an Mastdarmblutungen litt, Extr. fluidum Hamamelidis virginianae (Hazeline) 3 Mal täglich zu 20 Tropfen, welches bei jedem erneuten Auftreten der Blutungen von guter Wirkung war. Nach 2 Monaten ging ein pflaumengrosser Polyp durch den Mastdarm ab. P. nimmt an, dass durch den anhaltenden und systematischen Gebrauch des „Hazeline" eine systematische Anämie des unteren Theiles des Darmes und in Folge dessen auch eine Anämie des Polypenstieles bewirkt wurde, welcher dann wegen mangelhafter Ernährung abstarb.

N. Moissejenko: „Das Salzfleisch als Nahrungsmittel in den grossen Arbeiter-Artels". (№ 46—48).

Enthält eine Polemik gegen Dr. Jaroschewski (cfr. unser Referat in № 9 dieser Beilage S. 41).

Th. Hermann: „Die Influenza-Epidemie in St. Petersburg im Jahre 1889". (№ 47).

Dasselbe deutsch: St. Petersb. medicinische Wochenschrift 1889, № 50.

L. Bartenew: „Zur Behandlung der Diphtherie". (№ 47).

Verf. theilt 5 Fälle von Diphtherie mit, in welchen die 2 Mal täglich vorgenommene Bepinselung der afficirten Stellen des Halses mit der von Chantemesse empfohlenen Soulezschen Mischung, bestehend aus 5 Grm. Carbolsäure, 20 Grm. Campher und 25 Grm. Olivenöl, in wenigen Tagen Schwinden der diphtheritischen Membranen und Genesung bewirkten.

N. Rubinski: „Zu den Complicationen der Influenza". (№ 47).

In der vom Verf. am linken Ufer der Wolga im Ssemenow'schen Kreise (Gouv. Nowgorod) beobachteten Influenza-Epidemie waren fast alle Fälle mit Blutungen (Nasenbluten, Blutspeien oder blutige Stühle) complicirt, welche in den meisten Fällen jedoch nicht gefahrdrohend waren.

J. Wyschegrod: „Harter Schanker am Finger". (№ 47). Ein Fall.

A. Ksensenko: „Die Influenza-Epidemie im Mirgorod'schen Kreise". (№ 48).

Diese Epidemie, welche den grössten Theil der Bevölkerung befiel, verlief so leicht, dass kein einziger Todesfall vorgekommen ist. Die Behandlung bestand in mittleren Gaben Chinin (0,3—0,4) und bei Durchfällen Naphthalin mit Opium und Cotopräparaten; dabei strenge Diät.

K. Drimpelmann: „Aneurysma traumaticum diffusum art. femoralis dextrae". (№ 48).

Casuistischer Beitrag.

Urewitsch: „Zur Behandlung der Lungentuberculose". (№ 48).

Verf. theilt einen Fall mit, in welchem bei einer 31-jährigen Feldscherin mit ausgesprochenem Lungenspitzencatarrh, Husten, Nachtschweissen und Fieber durch die Kremjanski'schen Anilin-Inhalationen und den Gebrauch von Eisen und Chinin (wegen der Blutarmuth) in 3 Monaten vollkommene Heilung (?) erzielt wurde. Die Tuberkelbacillen wurden nicht mehr gefunden, die Dämpfung an der Lungenspitze war geschwunden und das Körpergewicht hatte um 12 ℔ zugenommen. Bernhoff.

Medizina № 50—72.

v. Stein: „Zur Symptomatologie der durch Hypertrophie der Glandulae lingual. s. quartae hervorgerufenen Beschwerden". (№ 50).

M. W. Pogorelski: „Acidum chromicum bei Epistaxis".

Schilderung eines Falles, in welchem durch Cauterisation einer entzündlich veränderten Partie der Nasenschleimhaut mit Chromsäure, längere Zeit bestehende, 1—2 Mal wöchentlich auftretende Nasenblutungen gestillt wurden.

M. Fränkel: „Ueber Spermin". (№ 52).

M. Poraj-Koschizki: „Weitere Fälle von extragenitaler syphilit. Infection, beobachtet im Jahre 1889. (№ 53, 55).

Kurze Wiedergabe der Krankengeschichten von 11 Pat., bei welchen eine syphilitische Primäraffection an verschiedenen Partien des Körpers beobachtet wurde.

P. W. Almasow: „Ueber Echinokokkus beim Menschen". (№ 57).

Im Anschluss an einen beobachteten Fall von Echinokokkus der Milz und Leber macht Verf. den Versuch, eine Statistik der in Russland beobachteten Fälle von Echinokokkus zusammenzustellen. Nach A. wird der Echinokokkus in Russland bedeutend seltener als in Deutschland beobachtet, und zwar in den wärmeren Gegenden häufiger als in den kälteren.

J. Jaroschewski: „Ueber das Rhinosclerom und seine Behandlung". (№ 58).

In einem Falle von Rhinosclerom fand J. ausser den charakteristischen Veränderungen in der Haut auch im Blute, welches aus erkrankten Partien entnommen war, glänzende stark lichtbrechende Körper von verschiedener Form und Grösse (Blutkörperchen- bis Riesenzellengrösse). Eine genauere Durchmusterung der Präparate zeigte, dass diese Körper als Uebergangsstufen in Metamorphose begriffener rother Blutkörperchen zu betrachten sind. In den Anfangsstadien sind die Blutkörperchen etwas grösser und blasser als die normalen und besitzen gezackte Ränder. Die Zacken entstehen durch Ansammlung glänzender Pünctchen an der Peripherie derselben. Das umgebende Stroma enthält eine grosse Anzahl solcher Pünctchen, welche das Bestreben zeigen die Blutkörperchen zu durchsetzen. Im weiteren Verlaufe dringen dieselben immer tiefer in das Blutkörperchen ein, confluiren und verwandeln dasselbe in einen glänzenden Körper. Die so veränderten Blutkörperchen haben die Neigung mit einander zu verschmelzen.

Eine Betheiligung der weissen Blutkörperchen an dieser Metamorphose wurde nicht beobachtet. Aus der grösseren bezw. geringeren Anzahl solcher in Metamorphose begriffener Blutkörperchen konnte J. eine Recidivirung resp. Besserung der Krankheit diagnosticiren.

Die Behandlung bestand in subcutanen Injectionen einer 2% Carbollösung.

W. M. Tarnowski: „Die sich der Prostitution Bedienenden". (№ 69).

Recht lesenswerther zum Ref. jedoch nicht geeigneter Artikel.

N. Golubow: „Untersuchungen des Blutes nach Ehrlich's Methode beim Kumyssgebrauch". (№ 66, 67, 71).

Nach ausführlicher Schilderung der Ehrlich'schen Methode geht Verf. zur Beschreibung verschiedener Formen von Leukocyten über, wie sie im normalen menschlichen Blute bei Färbung nach Ehrlich beobachtet werden.

Die Resultate der am Blute zweier gesunder Individuen, vor und nach Kumyssgebrauch, gemachten Untersuchungen, welche Verf. in 8 Puncten zusammenfasst, können hier nicht näher wiedergegeben werden und verweisen wir den sich dafür Interessirenden auf das Original. Untersuchungen in grösserem Maassstabe werden vom Verf. in Aussicht gestellt.

Dobbert.



Wojenno-medizinskij shurnal. Juli—September.

Henrici: „Instruction an die Aerzte des Finländischen Militärbezirks, betreffend das Einsammeln von Torfmoos, das Reinigen, Trocknen, Sortiren, Pressen und Versenden desselben in das Petersburger Militär-Apotheken-Depot". (Juli).

Derselbe: „Die Torfmoose (Sphagna), ihre Bearbeitung und Anwendung zu Heilzwecken". (Juli). Beigefügt eine Tabelle mit 31 Abbildungen von Moosen.

C. Reyher: „Bericht an das Militär-Medicinische Gelehrte Comité: Unser Torfmoos und seine Verwendbarkeit zum Wund-Verband". (August).

W. W. Maximow: „Ueber die neuesten Methoden der Radicaloperation von Hernien. (August).

Raptschewski: „Ueber Vorsichtsmaassregeln gegen die Entwickelung epidemischer Krankheiten im Heer in Kriegs- und Friedenszeiten. (August).

G. K. Minkewitsch: „Febris remittens haemorrhagica und ihre Beziehung zum infectiösen Icterus". (September).

J. F. Selenew: „Extragenitale Infection mit Syphilis bei den Untermilitärs des Kiew'schen Militärbezirks". (Sept.)
Verf. führt an, dass im Jahre 1887 3 Fälle von aussergeschlechtlicher Infection auf 264 Syphilitische, im Jahre 1888 2 Fälle auf 317, im Jahre 1889 5 Fälle auf 283 Syphilitische beobachtet worden sind und räth zu ernsten Maassregeln betreffs der Isolirung von Syphilitischen im condylomatösen Stadium.

W. Stadnizki: „Ein Fall von eitriger Entzündung des linken Kniegelenkes, in Folge einer Schussverletzung, mit glücklichem Ausgang". (Sept.)

J. Semazki: „Brom-Aethyl. (Sept.)
Seine Stellung in der Reihe der Anästhetica. Narkose mittelst Brom-Aethyl, nach Beobachtungen in der chirurgischen Abtheilung des Obuchowhospitals in St. Petersburg. — Seine Wirkung im Vergleiche zu derjenigen des Chloroforms. Grimm.

Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku № 8—10.

J. P. Popow: „Zur Bacteriologie der Influenza". (№ 8).

P. J. Preobrashenski: „Die Influenza-Epidemie in Kronstadt Ende 1889". (№ 7, 8).

D. D. Kusnezow: „Die operative Behandlung des Echinokokkus der Bauchhöhle in Russland". (№ 3—8).

A. K. Pawlowski: „Lebercirrhose und Dilatation des Magens traumatischen Ursprunges". (№ 9).
Ausführliche Krankengeschichte eines Pat., bei welchem, nach einem Stoss in's Epigastrium, im Laufe von 2½ Jahren genanntes Krankheitsbild zur Entwickelung kam.

E. Schmidt: „Bericht der ophthalmologischen Abtheilung des Ssewastopoler Marinehospitals pro 1889". (№ 10).

P. Th. Liborius: „Ueber den jetzigen Stand der Tuberculose und die hieraus zu ziehenden praktischen Schlussfolgerungen". (№ 9, 10).
In vorliegender Arbeit sucht Verf. Bezug nehmend auf die bahnbrechenden Arbeiten Koch's u. A. darzuthun, dass 1) die Tuberkelbacillen als einzige unmittelbare Ursache der Krankheit anzusehen sind; 2) dass eine erfolgreiche Vernichtung des Tuberkelgiftes und eine Einschränkung des Umsichgreifens der Krankheit möglich sind; zum Schlusse sucht Verf. 3) diejenigen Maassnahmen festzustellen, deren Einführung in Hospitälern, in welchen tuberculöse Pat. behandelt werden, wünschenswerth ist.

G. J. Bogoslowski: „Der ‰-Gehalt der Luft an CO_2 in den Räumen des Kanonenbootes „Saporoshez" und des Panzerschiffes „Katharina II." (№ 10).

G. N. Griwzow: „Ueber die Entstehung des Leukoderma syphiliticum und die Zeit des Auftretens desselben im Vergleiche mit anderen Manifestationen der Syphilis". (№ 10).

N. W. Sljunin: „Programm zu Untersuchungen auf dem Gebiete der medicinischen Zoologie". (№ 10).

A. A. Sohrt: „Medico-topographische Mittheilungen über den Hafen St. Marie". (№ 10).

Issajew: „Die Eisbereitungs-Maschine System „Hohenzollern" in Düsseldorf". (№ 10). Dobbert.

An die Redaction eingesandte Bücher und Druckschriften.

Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten, herausg. von P. Unna, Malcolm Morris, L. A. Duhring, H. Leloir. — Hamburg 1890. Leop. Voss.

Zum Andenken an Carl Westphal von Prof. O. Binswanger. Sep.-Abdr. — Leipzig 1890. Georg Thieme. — Preis 1 Mk. 60 Pf.

Труды врачей С.-Петербург. Николаевск. Военнаго Госпиталя. Томъ I, подъ ред. Яновича-Чайнскаго и Бертенсона. — С.-Петербургъ 1890. Изданіе Риккера.

Къ статистикѣ и этіологіи цынги Бертенсона. — С.-Петерб. 1890. Тип. Стасюлевича.

Краткій отчетъ объ эпидемическомъ гриппѣ 1889 года Бертенсона. — С.-Петерб. 1890. Тип. Стасюлевича.

Real-Encyclopädie der gesammten Pharmacie von Dr. E. Geissler und Dr. Josef Moeller. — Wien und Leipzig 1890. Urban & Schwarzenberg. Erscheint in Bänden. Die Ausgabe findet in Heften à 3 Druckbogen statt. — Pr. pro Heft 1 Mark. 121.—135. Lieferung.

Methode der praktischen Hygiene von Prof. Dr. Lehmann. Mit 126 Abbild. — Wiesbaden 1890. Verl. von Bergmann. — Pr. 16 Mk.

Klinische Versuche über das Diuretin-Knoll (Theobrominum-Natriosalicylicum von Dr. M. Koritschoner). Sep.-Abdr.

Das patentirte Fischer'sche Bruchband von Victor Fischer. Mit 24 Tafeln. — Wien 1890. Wilhelm Braumüller. — Preis 2 Mark.

Lehrbuch der Augenheilkunde von Prof. Dr. Julius Michel. 2. Aufl. — Wiesbaden 1890. J. F. Bergmann. — Pr. 20 Mk.

Einführung in das Studium der Bacteriologie mit bes. Berücksichtigung der mikroskop. Technik. Für Aerzte und Studirende bearb. von Dr. Carl Günther. — Leipzig 1890. Georg Thieme. — Pr. 8 Mk.

Chirurgische und klimatische Behandlung der Lungenschwindsucht und einiger ihrer Complicationen von Dr. C. Spengler (Davos). — 1891. M. Heinsius. — Preis 1 Mk. 20 Pf.

Prof. A. Eulenburg's Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. — Lief. 201—210.

Anilin-Farbstoffe als Antiseptica und ihre Anwendung in der Praxis von Prof. J. Stilling. Zweite Mittheilung. — Strassburg 1890. Karl Trübner.

Lehrbuch der Mikrophotographie v. Dr. Richard Neuhauss. — Braunschweig 1890. Harald Bruhn. — Preis 8 Mk.

Ein Beitrag zur Prophylaxe der Puerperalerkrankungen mit bes. Berücksichtigung der Lehre von der Selbstinfection von Anton Holowko. Inaug.-Diss. — Dorpat 1890.

Das Verhalten der Druckschwankungen und des Athmungsquantums bei künstlicher Respiration nach den Methoden von Schultze, Silvester, Pacini und Bain, von Arthur Kupffer. Inaug.-Diss. — Dorpat 1890.

Die Methoden der Perinaeoplastik von Wilhelm Krause. Inaug.-Diss. — Dorpat 1890.

Studien über die Geburtshilfe und Gynäkologie der Hippokratiker von Moritz Wulfsohn. Inaug.-Diss. — Dorpat 1890.

Beitrag zur Behandlung complicirter Retroflexionen und Prolapse von Jacob Grünberg aus Livland. — Dorpat 1890. Schnackenburg's Buchdruckerei.

Geschichte der Rinderpest und ihrer Literatur von Prof. Dr. Dieckerhoff. — Berlin 1890. Verlag von Enslin (Richard Schoetz).

Dr. Paul Börner's Reichs-Medicinal-Kalender 1891, mit einem Beiheft. — Leipzig 1890. Verlag von G. Thieme.

Allgemeine Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten von Dr. J. Boas. Mit 23 Holzschnitten. — Leipzig 1890. Verlag von G. Thieme.

Отчетъ о дѣятельности общества Тульскихъ врачей за 1889 г. — Тула 1890.

Prostitution und Abolitionismus. Briefe von Prof. Tarnowski. — Hamburg und Leipzig 1890. Verlag von Leop. Voss.

Arbeiten des Pharmakologischen Institutes zu Dorpat von Prof. Dr. R. Kobert. V. — Stuttgart 1890. Verlag von Ferd. Enke. — Preis 6 Mk.

Der Leberechinokokkus und seine Chirurgie von Prof. Dr. C. Langenbuch. Mit 19 Abbild. — Stuttgart 1890. Verlag von F. Enke. — Preis 6 Mk.

I. Beobachtungen und Erfahrungen über die pharmakologischen und therapeutischen Wirkungen der Euphomie von Dr. Sansoni (Turin). II. Ueber den Einfluss der Salzbäder auf die Ausscheidung des Chroms von Dr. J. E. Güntz in Dresden. (Sep.-Abdr. Therap. Monatsh.).

Die speciellen Indicationen der versch. Application des Quecksilbers bei der Syphilisbehandlung von Prof. E. Lang. — Wien 1891. Verlag von Moritz Perles.

On the treatment of Eczema in elderly people by Duncan Bulkley A. M. M. D. — New-York 1890. Reprinted from Transactions.

Klinische Versuche über das Diuretin-Knoll von Dr. Koritschoner. (Sep.-Abdr. aus der Wiener klin. Wochenschr. 1890, № 39).

Von den 14,000 Immatriculirten von Dr. Otto und A. Hasselblatt. — Dorpat 1891. C. Mattiesen's Verlag.

Robert Koch's Heilmittel gegen die Tuberculose. Erstes Heft. — Berlin und Leipzig 1890. Verlag von G. Thieme. — Preis 1 Mk. 60 Pf.

Anleitungen für den Secirsaal von Prof. Dr. Zuckerkandl. Erstes Heft. — Wien 1891. Verl. v. Wilhelm Braumüller.

Klinischer Atlas der Laryngologie und Rhinologie, herausg. von Prof. Dr. J. Schnitzler. I. Lieferung. Mit 32 Abbild.

und Illustrationen. — Wien 1891. Verlag von Wilhelm Braumüller. — Preis 4 Mk.
Gynäkologische Tagesfragen, besprochen v. Prof. Dr. Löhlein. I. Heft. Mit Abbild. — Wiesbaden 1890. Verlag von Bergmann. — Preis 2 Mk.
Extraction d'une aiguille à coudre, localisée par le procédé de l'aimantation par le Dr. E. Kummer. (Extrait de la Revue méd. de la Suisse romande № 10, Oct. 1890).
Ueber die heutige Ausbildung der Mediciner und deren Wirkung auf die ärztlichen Verhältnisse, zusammengestellt von Dr. Hellermann. (Sep.-Abdr. aus Aerztl. Vereinsblatt № 222). Leipzig 1890. Verlag von Vogel. — Preis 40 Pf.
Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Naturforscher- und Aerzte, Versammlung zu Bremen, herausg. von Dr. O. Lassar, I. Theil: Die allgemeinen Sitzungen. — Leipzig 1890. Verlag von Vogel. — Preis 4 Mk.
Jahrbücher der Hamburger Staats-Krankenanstalten, herausgeg. von Prof. Dr. Alf. Kast. I. Jahrgang 1889. Mit XVI Tafeln und 55 Abbild. im Text. — Leipzig 1890. Verl. v. Vogel. — Preis 15 Mk.
Gesundheitspflege im Mittelalter von Dr. L. Kotelmann. — Hamburg und Leipzig 1890. Verlag von L. Voss. — Pr. 6 Mk.
Die Unterleibsbrüche von Dr. E. Graser. Mit 62 Abbild. — Wiesbaden 1891. Verlag von Bergmann.
Lehrbuch der allgem. und speciellen pathologischen Anatomie v. Prof. Dr. E. Ziegler. 6. neu bearb. Auflage. II. Band. — Jena 1890. Verlag von Fischer. — Preis 16 Mk.
Klinische Zeit- und Streitfragen, herausgeg. von Prof. Dr. Joh. Schnitzler. 6.—9. Heft. — Wien 1890. Braumüller.
Ueber Combination von Syphilis und Tuberculose des Kehlkopfes von Prof. Dr. Schnitzler. Mit 10 Abbild. — Wien 1890. W. Braumüller.
Diagnostik und Therapie der Kehlkopfkrankheiten von Dr. L. L. Réthe. Mit 30 Holzschnitten. — Leipzig und Wien 1891. Fr. Deuticke.
Die Replantation der Zähne von Dr. J. Scheff jun. Mit 5 lith. Tafeln. — Wien 1890. Alf. Hölder.
Therapeutisches Lexicon, herausgeg. von Dr. A. Bum. — Wien und Leipzig 1890. Urban & Schwarzenberg. — Pr. pro Heft 1 Mk. 20 Pf. — 9.—12. Lieferung.
Lehrbuch der physiologischen Chemie von Prof. Olof Hammarsten. Mit einer Spectraltafel. — Wiesbaden 1890. Verlag von Bergmann.
Die specielle Chirurgie in 50 Vorlesungen von Dr. E. Leser. Mit 193 Abbild. — Jena 1890. Verlag von G. Fischer. — Pr. 16 Mk.
Zur Ichthyol-Behandlung von Frauenkrankheiten von Dr. Reitmann und Dr. Schönauer. (Sonderabdr. aus der Wiener klin. Wochenschrift 1890, № 33). — Wien. Alf. Hölder.
Neuer Beitrag zur Ichthyol-Behandlung bei Frauenkrankheiten von Dr. H. W. Freund. (Sep.-Abdr. aus Berl. kl. Wochenschrift 1890, № 45).
Zur Behandlung der Ischias und anderer Neuralgien von Dr. Mordhorst in Wiesbaden. (Sep.-Abdr. „Therap. Mon.").
Ist die Lunge Schwindsüchtiger grösser als diejenige Gesunder? von Dr. Mordhorst in Wiesbaden. (Sonderabdr. aus der Deutsch. Wochenschrift 1890, № 43). — Leipzig 1890. Verlag von G. Thieme.

Дозв. ценз. Спб. 2 Февр. 1891 г. Herausgeber: Dr. Th. v. Schröder. Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07998 7445


Generated on 2018-12-30 10:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015079987445
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google







